

Université Pierre et Marie Curie

Paris 6

MÉMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME UNIVERSITAIRE

« ASSURANCE QUALITÉ AU LABORATOIRE

DE BIOLOGIE MÉDICALE »

**GESTION DES NON-CONFORMITÉS
PRÉ-ANALYTIQUES AU CENTRE
HOSPITALIER DE FLERS
BASSE NORMANDIE**

TAUVEL Héroïse

Année 2013

NOTE AU LECTEUR

« Les mémoires des stagiaires du Diplôme Universitaire « Assurance Qualité au laboratoire de Biologie Médicale » sont des travaux réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Les travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication en tout, ou partie, sans l'accord de l'auteur et du responsable de DU concerné »

AUTEUR DU MÉMOIRE

TAUVEL Héroïse

Technicienne de Laboratoire

Assistante Qualité et Secrétaire d'Hémovigilance

Laboratoire du Centre Hospitalier J. MONOD de Flers (61 Orne)

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier les responsables du diplôme universitaire « Assurance qualité au laboratoire de Biologie Médicale » de l'université Pierre et Marie Curie pour l'organisation et l'accueil au sein de la faculté.

Ensuite je remercie l'équipe pédagogique pour son enseignement, son accompagnement et ses motivations communicatives.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe du laboratoire et l'ensemble des professionnels de santé du Centre Hospitalier de Flers pour leur participation active et efficace, ainsi qu'au service formation qui m'a permis de préparer ce Diplôme Universitaire.

Enfin, je remercie les étudiants de ma promotion pour l'ambiance amicale et les discussions animées et constructives que nous avons eues ensemble.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| GLOSSAIRE | 6 |
| 1. Introduction | 7 |
| a. Intérêt et objectif | 7 |
| b. Annonce du plan..... | 9 |
| 2. Présentation du laboratoire | 9 |
| a. Le personnel..... | 10 |
| b. L'activité | 11 |
| c. Le système d'assurance qualité..... | 12 |
| 3. Méthodologie..... | 13 |
| a. Planification | 13 |
| I. Etat de l'existant..... | 13 |
| II. Préparation du projet..... | 14 |
| b. Réalisation..... | 17 |
| I. Identification des non-conformités..... | 17 |
| 4. Résultats observés 1 mois après le déploiement..... | 18 |
| 5. Analyse, interprétation et axes d'améliorations..... | 26 |
| a. Analyse des causes des principales non-conformités pré-analytiques selon la méthode Ishikawa (5M)..... | 26 |
| b. Récapitulatif..... | 29 |
| c. Axes d'améliorations et perspectives | 30 |
| 6. Conclusion | 31 |
| 7. Bibliographie | 32 |
| Annexes | 32 |

GLOSSAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISEES DANS LE DOCUMENT

DU : Diplôme universitaire

GBEA : Guide de Bonne Exécution des Analyses

CH : Centre Hospitalier

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

HAD : Hospitalisation A Domicile

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

LBM : Laboratoire de Biologie Médicale

NC : Non-Conformité

AFNOR : Association Française de NORmalisation

ISO : Organisation internationale de normalisation

HAS : Haute Autorité de Santé

RAQ : Responsable Assurance Qualité

SIL : Système Informatique de Laboratoire

MDT : Médico-Technique

1. Introduction

a. Intérêt et objectif

Le code de la santé publique rend l'accréditation des laboratoires de biologie médicale (LBM) obligatoire par l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale. Le COFRAC a été désigné comme unique instance nationale d'accréditation. Il s'est doté depuis le 1^{er} octobre 2009 d'une section santé humaine essentiellement dédiée dans un premier temps à l'accréditation des LBM selon la norme NF EN ISO 15189 créée spécifiquement pour les laboratoires d'analyses de Biologie Médicale, complétée le cas échéant par la norme NF EN ISO 22870.

En effet, l'absence d'accréditation du LBM hospitalier remet en cause la certification de l'établissement de santé. Il est donc essentiel pour tout établissement de santé de s'assurer que son laboratoire s'est effectivement engagé dans la démarche d'accréditation compte tenu des délais réglementaires très courts et de la charge de travail importante.

La gestion des NC fait partie intégrante de la norme NF EN ISO 15189 et constitue un objectif essentiel à atteindre, détaillé dans le chapitre 4.9 de la norme dont voici l'énoncé :

4.9 : Identification et maîtrise des non-conformités

« La direction du laboratoire doit mettre en place une politique et une procédure à mettre en œuvre en cas de non-conformité quelconque de ses analyses par rapport à ses propres procédures ou aux exigences convenues dans le cadre de son système de management de la qualité ou avec le clinicien prescripteur ».

Les trois paragraphes suivants portent sur les actions correctives, les actions préventives, ainsi que les mesures d'amélioration pour que le système qualité soit dynamique au sein du laboratoire.

L'identification des non-conformités pré-analytique dans un LBM permet de mettre en évidence un dysfonctionnement pouvant impacter le rendu de résultat ou la satisfaction du client et ainsi mettre en place des actions préventives et correctives, participant à l'amélioration continue au laboratoire.

Chaque NC nécessite un traitement immédiat (action corrective immédiate) de façon à ce que le problème soit identifié et maîtrisé. Chaque NC doit être documentée, tracée, communiquée par un personnel désigné et accompagnée de l'action corrective décidée.

L'objectif de ce travail est donc de mettre en place une gestion des non-conformités pré-analytiques efficace et impliquant l'ensemble du personnel du laboratoire pour répondre à cette exigence.

Le choix du sujet de mémoire permet de dégager du temps pour mettre en place le projet, motiver le personnel en réalisant un travail collectif et améliorer la communication avec les services de soins, en étant disponible pour répondre aux questions de chacun.

Plusieurs réunions ont été menées afin de déterminer les principaux objectifs pour la mise en place de ces NC et constituer ainsi une « feuille de route » pour la mise en place du projet.

Les principaux objectifs sont :

- Définir les responsabilités et autorités de chacun dans le projet.
- Lister les NC pré-analytiques du laboratoire et les classer en plusieurs catégories.
- Pour chacune d'elles, prévoir des actions correctives immédiates (décision, dérogation possible ...).
- Enregistrer et gérer les non-conformités.
- Former l'ensemble du personnel du laboratoire.
- Prévoir le déploiement au sein du CH de Flers (communication aux cadres, à la direction...).
- Communiquer avec les services de soins (restitution des informations, actions d'amélioration ciblées ; formation ou informations des préleveurs...).
- Mettre en place les actions correctives et préventives.
- Améliorer la phase pré-analytique et sa gestion au laboratoire.
- Améliorer le service rendu au patient.

Ces objectifs ont un but commun ; changer les pratiques actuelles en vue d'améliorer le service rendu au patient et répondre aux exigences de la norme.

b. Annonce du plan

Ce mémoire décrit la mise en place des NC réalisée au laboratoire du centre hospitalier de Flers :

Il comprend 5 parties :

- Une présentation du laboratoire.
- Une description de la méthodologie utilisée avec un état des lieux et la réalisation du projet.
- Les résultats obtenus.
- L'analyse des résultats et les propositions d'axes d'améliorations.
- La conclusion du projet.

2. Présentation du laboratoire

Le Centre Hospitalier Jacques MONOD de Flers est un établissement de santé public situé en Basse Normandie dans le département de l'Orne. Il a une capacité de 450 lits répartis en différentes disciplines organisées sous forme de pôles :

- Le pôle CHARU : Chirurgie, Anesthésie, Réanimation et Urgences.
- Le pôle médecine : Dialyse, Hospitalisation à domicile (HAD), Gastrologie - Rhumatologie, Pneumologie, Ambulatoire, Cardiologie, Diabétologie - Endocrinologie.
- Le pôle femme-enfant : Maternité, Pédiatrie-Néonatalogie, Gynécologie-Obstétrique.
- Le pôle Médico-Technique (pôle MDT) : Radiologie, Laboratoire de Biologie Médicale, Pharmacie et de l'unité d'Hygiène hospitalière.



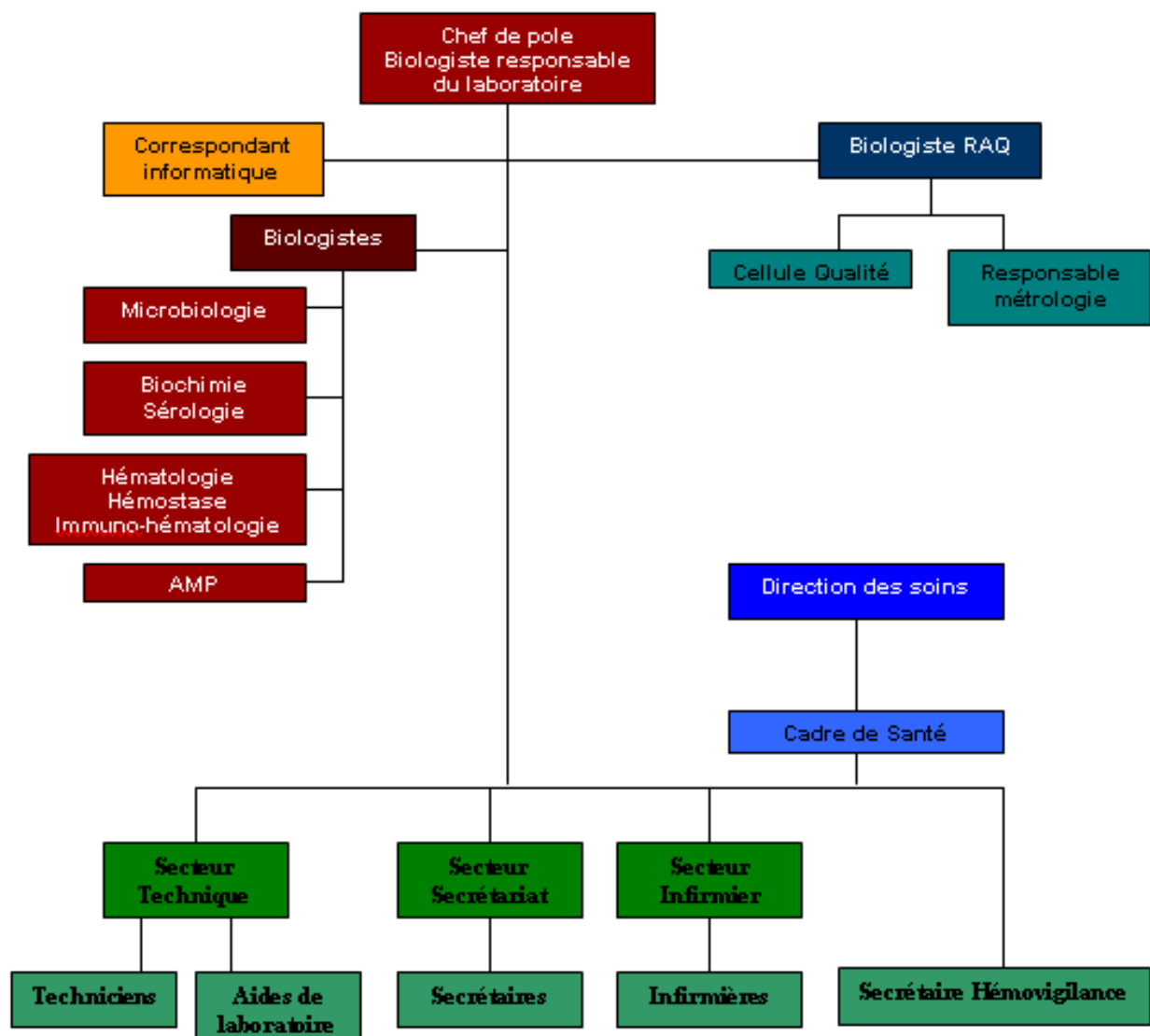
Le laboratoire se trouve au sein du centre hospitalier, ouvert 7J/7, 24h/24, assure la prise en charge de l'ensemble des examens de biologie médicale pour garantir la permanence des soins et accueille également les prélèvements des consultations externes.

C'est un laboratoire polyvalent monosite dirigé par Mr POULIN, biologiste responsable.

a. Le personnel

L'équipe est constituée de 3 biologistes, 1 cadre de santé, 19 techniciens, 2 aides de laboratoire, 3 secrétaires, 2 infirmières.

Figure 1 : Organigramme du laboratoire du CH de Flers



b. L'activité

Le service Laboratoire de Biologie Médicale, fait partie du pôle Médico-Technique (pôle MDT), constitué du service de Radiologie, du service Laboratoire de Biologie Médicale, du service Pharmacie et de l'unité d'Hygiène hospitalière.

. L'activité du laboratoire est polyvalente et se décompose en plusieurs secteurs :

- Hématologie / Hémostase / Immunohématologie
- Biochimie
- Immunologie / Immunoenzymologie
- Microbiologie
- Aide à la procréation médicale (AMP)

Le laboratoire traite en moyenne 200 dossiers par jour et réceptionne les prélèvements provenant des différents services de l'hôpital, de l'EHPAD et des consultations externes (prélèvements effectués directement au laboratoire pour les patients externes).

Le service de consultations externes est ouvert du lundi au vendredi, de 7h30 à 16h30, les prélèvements sont assurés par deux infirmières le matin et une l'après-midi

Le laboratoire réalise des échanges avec un laboratoire en contrat de coopération (LABM de la Ferté Macé).

Les examens particuliers qui ne sont pas réalisés au laboratoire sont acheminés vers des laboratoires spécialisés par les aides de laboratoire.

Figure 2 : Organigramme relationnel du laboratoire du CH de Flers



c. Le système d'assurance qualité

Le système qualité a été initialement mis en place sur la base des exigences du GBEA en 2002. Un système documentaire avait été créé avec quelques procédures et des modes opératoires enregistrés dans une base documentaire interne au laboratoire mais le système qualité n'a pas été suivi régulièrement et la dynamique de management mise en place à l'époque s'est très vite essoufflée.

Avec la parution de l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est apparue la nécessité de relancer la démarche qualité au sein du laboratoire.

En 2010, le laboratoire a mis en place une cellule qualité sous la responsabilité du biologiste responsable, composé de celui-ci, de plusieurs techniciens, du cadre de santé du laboratoire (gestionnaire qualité) et de moi-même (assistante qualité).

De plus, il s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, il est inscrit et participe activement au programme d'évaluations et d'échanges organisé par BioQualité, organisme certifié AFNOR et le seul organisme reconnu par l'HAS.

En 2011, l'ensemble du personnel du laboratoire a reçu une formation sur l'accréditation des laboratoires et la norme NF EN ISO 15189 ce qui a permis de le sensibiliser à la qualité. Pour suivre l'évolution de notre engagement et réaliser des bilans d'étapes, des réunions qualité sont régulièrement organisées avec l'ensemble du personnel du laboratoire. Le laboratoire a reçu en février 2013 l'attestation de l'entrée dans la démarche d'accréditation délivrée par Bio Qualité (Qualification Bio Qualité) et il poursuit son évolution avec l'accompagnement de la société Alain Cœur Conseil (ACC) depuis Mars 2013.

3. Méthodologie

a. Planification

I. Etat de l'existant

Au laboratoire, il n'existe actuellement pas de gestion des non-conformités pré-analytiques. Le personnel sait repérer les non conformités mais il n'y a pas de réelles procédures formalisées. Elles sont donc gérées directement par les techniciens et les biologistes, par téléphone avec les IDE des différents services, mais aucune trace des actions n'est enregistrée de façon coordonnée.

Plusieurs IDE ont été formées sur l'accréditation des laboratoires et leur rôle dans la phase pré-analytique avec une approche sur les non-conformités par une société externe. Cette formation s'est déroulée au sein du CH de Fers en 2012 par notre fournisseur de dispositif médical.

Etant donné l'importance des examens biologiques dans le processus de la prise en charge du patient au CH, il est devenu capital pour les personnels de santé qui réalisent les prélèvements de respecter les conditions de prélèvement et d'acheminement des échantillons biologiques. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place des procédures concrètes ainsi qu'une sensibilisation au sein du laboratoire et des services de soins aux bonnes pratiques de prélèvement.

Le personnel du laboratoire a été sensibilisé à la notion de non-conformité lors de la formation sur l'accréditation des laboratoires et la norme EN ISO 15189 effectuée en fin d'année 2011 par l'organisme AFNOR, cependant aucun suivi ni retour n'ont été réalisés à la suite de cette formation.

II. Préparation du projet

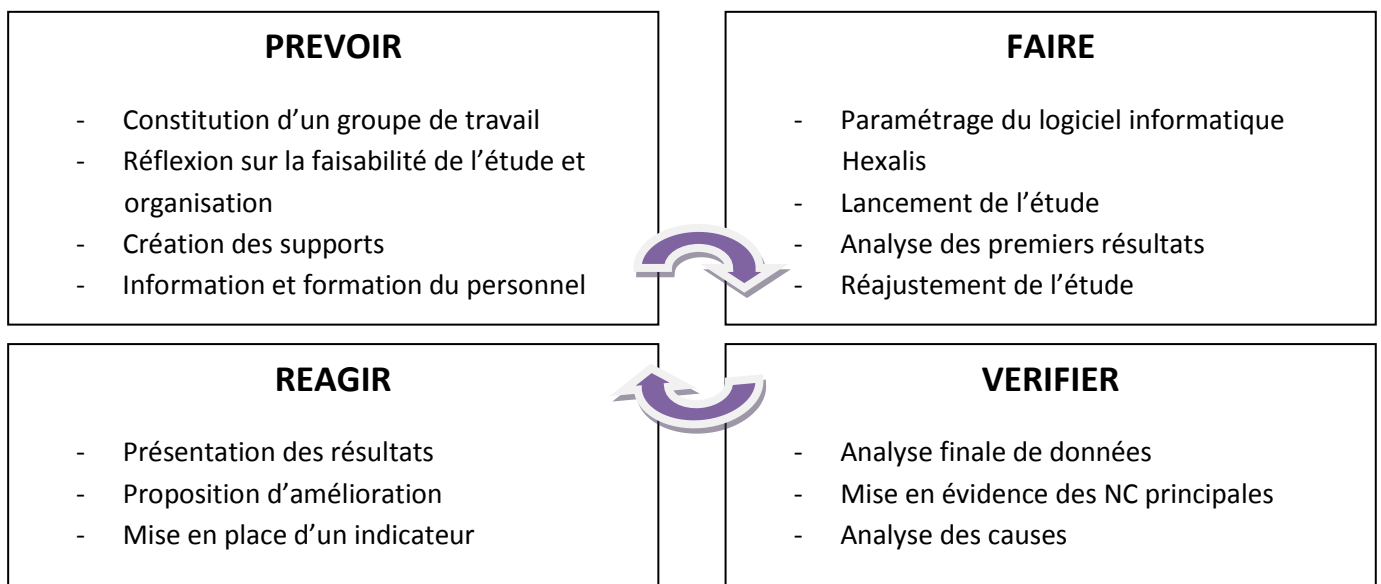
Nous nous sommes basés sur les principes de la roue de Deming pour mettre en place notre projet. Elle est constituée de 4 actions :

- Prévoir (état des lieux de l'existant et prévision des objectifs)
- Faire (réalisation des différentes actions prévues)
- Vérifier que les actions sont bien réalisées
- Ajuster pour garder une amélioration permanente du système.

Figure 3 : Démarche du projet selon la roue de Deming



Description de notre projet :



La première étape a été de réfléchir au déroulement de l'étude.

Un groupe de travail a été constitué, composé du biologiste responsable qualité (RAQ), de 2 biologistes, du cadre de santé du laboratoire et de moi-même.

Plusieurs réunions se sont déroulées durant le mois de janvier afin de définir les objectifs.

Avec la participation de l'ensemble du personnel du laboratoire, nous avons :

- réalisé un brainstorming sur toutes les NC possibles,
- classé et attribué un code de saisie à ces NC,
- réfléchi sur le mode de saisie dans le SIL (pour une saisie au plus simple pour l'exécutant),
- réalisé le paramétrage dans notre SIL après avoir effectué de nombreux tests,
- choisi la présentation sur les comptes-rendus de ces NC pour informer les services de soins (préleveurs, prescripteurs...),
- réfléchi comment et dans quel délai les résultats de notre étude seront transmis aux services de soins,
- défini les prélèvements précieux.

Après avoir listé toutes les NC pré-analytiques que nous voulions traiter au laboratoire, nous avons décidé de regrouper les non-conformités en 2 types :

- Les NC relatives à l'identification du patient sur les prescriptions et les prélèvements et au remplissage de la prescription (Identité du patient, heure de prélèvement, identification du préleveur et du prescripteur) : **Identification**
- Les NC relatives à l'échantillon : **Echantillon**

Figure 4 : Liste des NC avec les codes du SIL associés.

Liste des NC avec les codes du SIL associés

| NC liées à Identification | |
|---------------------------|--|
| Code | Définition |
| DISCO | Discordance entre identité du prélèvement et l'identité de la prescription |
| IIL | Identité illisible ou absente sur l'échantillon |
| APR | Absence de prénom |
| AJF | Absence du nom de jeune fille |
| ALN | Absence lieu de naissance |
| ADN | Absence de date de naissance |
| OIL | Identité illisible ou absente sur la prescription |
| ADHP | Absence d'heure de prélèvement |
| ADNP | Absence de préleveur |
| ADPR | Absence de prescripteur |
| ATAC | Absence de traitement anticoagulant |
| ABRC | Absence de renseignements indispensables à l'interprétation d'un dossier |
| AUTRE | Autre NC |

Uniquement dans le cas d'une demande de Groupe sanguin ou RAI

| NC liées à Echantillon | |
|------------------------|--|
| Code | Définition |
| TEX | Tube en excès |
| ETU | Erreur de tube |
| BAC | Bactériologie non exploitable |
| TMA | Tube manquant |
| CAS | Tube cassé |
| PNC | Prélèvement non-conforme |
| CNRT | Température non respectée |
| CNRD | Délais non respectés |
| GSNC | Deux groupes dans la même pochette |
| TCO | Tube coagulé |
| TMR | Tube mal rempli (examen impossible exemple tube hémostase) |
| THEM | Tube hémolysé |
| HYNRE | Hygiène non respectée |
| CNRL | Abri de la lumière non respecté |
| NPRES | Examen non prescrit sur la prescription |
| TQI | Quantité insuffisante |
| SECUR | Présence d'une aiguille sur le prélèvement |
| PERF | Prélèvement prélevé dans la perfusion |

Avant de déployer la mise en place des NC, nous avons présenté notre projet :

- En Janvier 2013 lors de la revue de direction à l'ensemble de la direction, des cadres supérieurs de santé et des techniciens du centre hospitalier de Flers.
- En Février 2013 à la directrice des soins.
- En Mars 2013 lors d'une réunion DRH en présence de l'ensemble des cadres supérieurs de santé. **Annexe I** : Présentation du projet lors d'une réunion DRH en présence de l'ensemble des cadres supérieurs de santé.

Un courrier électronique a été envoyé à l'ensemble des cadres de santé afin de leur rappeler :

- l'importance de leur coopération dans la démarche d'accréditation du laboratoire,
- les exigences de la norme,
- leur rôle indispensable dans la phase pré-analytique,
- les prévenir du démarrage de l'étude de NC.

La gestion documentaire a du être mise à jour avec la rédaction de procédures, modes opératoires et fiches d'enregistrement

Nous avons créé, avec l'aide des techniciens, un mode opératoire et des documents d'enregistrement appelés :

- Mode opératoire de Gestion des non-conformités pré-analytiques sur Hexalis
- Fiche de dérogation à une non-conformité d'identité,
- Fiche de clarification suite à une non-conformité pré-analytique,
- Fiche de traitement des non-conformités pré-analytiques au laboratoire.

Ce mode opératoire et ces fiches ont ensuite été présentés à l'ensemble du personnel.

La majorité du personnel concerné a pris conscience de l'importance du projet mais aussi des difficultés et contraintes de mise en application. Leurs observations et réactions ont été prises en compte ce qui a permis d'instaurer un dialogue et des échanges constructifs.

b. Réalisation

I. Identification des non-conformités

Le paramétrage des NC sur notre SIL (Hexalis) a été réalisé par le biologiste responsable du laboratoire, le cadre de santé, la biologiste responsable qualité (RAQ) et moi même pendant les mois de Mars et Avril 2013. L'objectif a été de déterminer une nomenclature affectant une action immédiate à exécuter par le personnel du laboratoire à chaque constat d'une NC, mais aussi de définir la façon dont la NC est imprimée sur le compte rendu des résultats en fonction de son importance.

Suite au paramétrage, de nombreux essais ont été réalisés pour vérifier la faisabilité. Le paramétrage a ensuite été présenté au personnel du laboratoire et ajusté suivant leurs remarques avant la mise en place du suivi des NC qui a débutée le 29 avril 2013.

Le relevé des NC est un travail difficile et rigoureux, il demande à chacun d'être vigilant, coopératif et surtout motivé. Il doit être réalisé par l'ensemble du personnel, d'où l'importance de capter, d'être à l'écoute et de sensibiliser fréquemment chacun à cette démarche.

L'enregistrement des NC relatives à l'identification et/ou à l'échantillon est réalisé par tout le personnel en continu aussi bien en journée, qu'en garde ou de nuit.

Dans la première semaine, des réajustements du paramétrage ont été nécessaires pour résoudre des problèmes d'impression des comptes rendus de résultat.

La mise en place de la gestion des NC a nécessité l'harmonisation des pratiques de chaque service, donc de sensibiliser et motiver les IDE, à prendre du temps pour la phase pré analytique afin d'apporter les informations essentielles à la bonne interprétation des résultats.

4. Résultats observés 1 mois après le déploiement.

Nous avons décidé d'analyser les NC un mois après le déploiement. Nous avons procédé à un traitement statistique de toutes les données sous forme de diagrammes « camembert, diagramme de Pareto » en séparant les différentes catégories de NC et services.

Nous avons mis en évidence les NC principales et nous avons ensuite analysé les différentes causes possibles.

1) Sur la totalité des dossiers

Pour l'étude de l'ensemble des dossiers, nous avons procédé par étape.

Dans un premier temps, nous avons extrait les résultats de façon à avoir le nombre de dossiers conformes par rapport aux dossiers non conformes, quelque soit le nombre de NC présentes dans un dossier. Effectivement, nous pouvons constater plusieurs NC dans un même dossier mais nous n'en avons pas tenu compte.

Dans un second temps, nous avons étudié les dossiers non conformes en réalisant l'extraction de l'ensemble des NC liées à l'identification celles liées à l'échantillon.

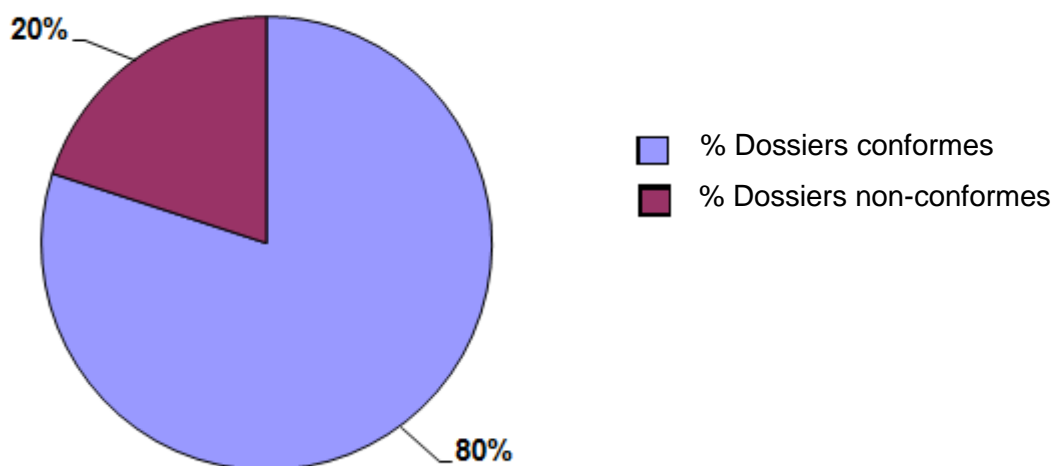
Dans la dernière étape, en raison du nombre important de NC liées à l'identification, nous avons extrait les NC les plus fréquentes et pour lesquelles nous aurions le plus d'impact sur nos résultats. En effet, ces NC n'étant que des erreurs d'attention des préleveurs ou prescripteurs, elles ne demandent aucun moyen financier pour être supprimées. A ce stade de notre étude, nous pensons que sur ce type d'erreurs nous pourrions obtenir de nets progrès en sensibilisant et formant les services concernés.

Pour présenter les résultats, nous avons utilisé des diagrammes sous forme de camemberts, qui nous semblaient être les plus visuels pour l'interprétation.

Conformité des dossiers et répartition en fonction du type de NC.

| Nombre de dossiers | | |
|--|-------------|-------------|
| Conformes | 3920 | 80% |
| Non-conformes | 982 | 20% |
| Total de dossiers | 4902 | 100% |
| Nombre de non conformités sur l'ensemble des dossiers | | |
| Liées à l'identification | 1270 | 88% |
| Liées à l'échantillon | 177 | 12% |
| Total des non-conformités | 1447 | 100% |
| Non-conformités liées à l'identification | | |
| Absence d'heure de prélèvement | 582 | 46% |
| Absence de préleveur | 288 | 23% |
| Absence de prescripteur | 118 | 9% |
| Absence de traitement anticoagulant | 224 | 18% |
| Autres NC liées à l'identification | 58 | 4% |
| Total des non-conformités liées à l'identification | 1270 | 100% |

Figure 5 : Diagramme représentant le pourcentage des dossiers conformes / non conformes.



Nous pouvons constater que 80% de nos dossiers sont conformes.

Vu le petit nombre de dossiers non conformes, nous nous sommes inquiétés de savoir si toutes les NC avaient bien été saisies lors de l'enregistrement des dossiers ?

N'ayant aucun moyen de contrôler la saisie à postériori, nous avons rappelé à l'ensemble du personnel du laboratoire, lors d'une réunion hebdomadaire, l'importance de la saisie rigoureuse des NC.

Figure 6 : Diagramme représentant la répartition des 2 types de NC.

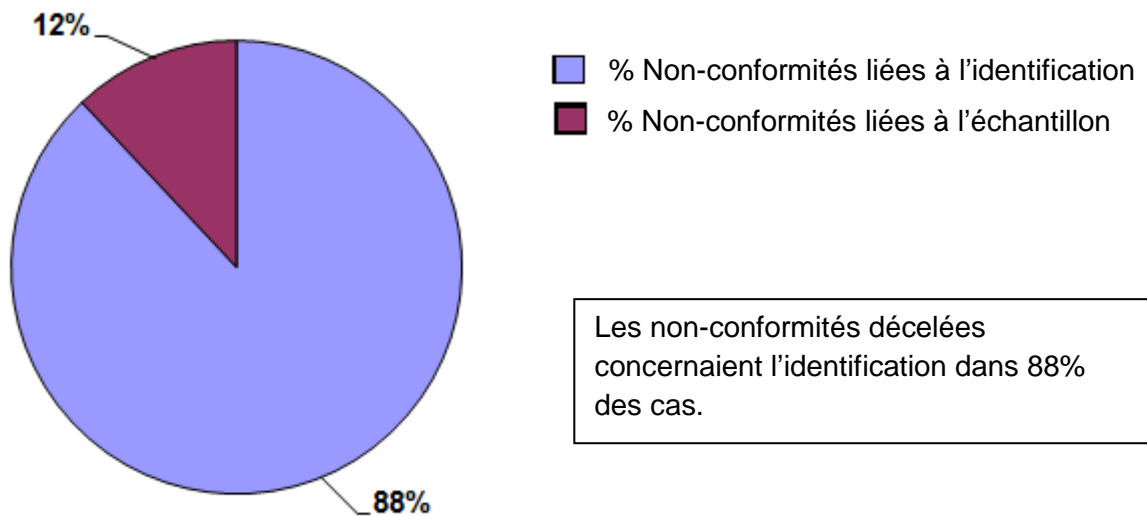
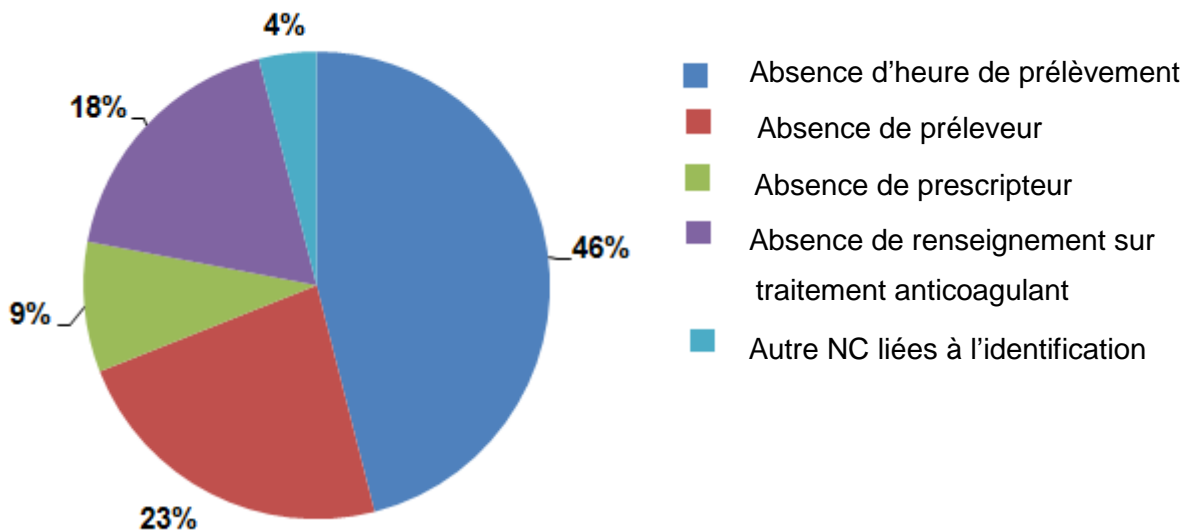


Figure 7 : Diagramme représentant la répartition des différents types de NC liées à l'identification.



Parmi les NC liées à l'identification 46% concernaient l'absence d'heure de prélèvement, 23% l'absence de préleveur, 18% l'absence de renseignement sur le traitement anticoagulant et 9% l'absence de prescripteur.

La majorité des NC concernait la prescription incomplète.

2) Les NC selon les services de soins

Pour cette l'étude, dans un premier temps, nous avons extrait toutes les NC par services de soins, ce qui nous a permis de déterminer les services qui gêneraient le plus de NC. Dans un second temps, nous avons étudié pour ces services, les NC les plus récurrentes. Pour cela, nous avons utilisé le diagramme de Pareto qui représente l'importance de différentes causes sur un phénomène. Ce diagramme permet de mettre en évidence les causes les plus importantes sur le nombre total d'effets et ainsi de prendre des mesures ciblées pour améliorer une situation. Le diagramme de Pareto est un moyen simple pour classer les phénomènes par ordre d'importance. Les résultats observés obéissent à la loi des 20/80, c'est-à-dire que si 20% des causes produisent 80% des effets, il suffit de travailler sur ces 20% pour influencer fortement le phénomène.

Figure 8 : Pourcentage des NC enregistrées et pourcentage de dossiers non-conformes selon les services

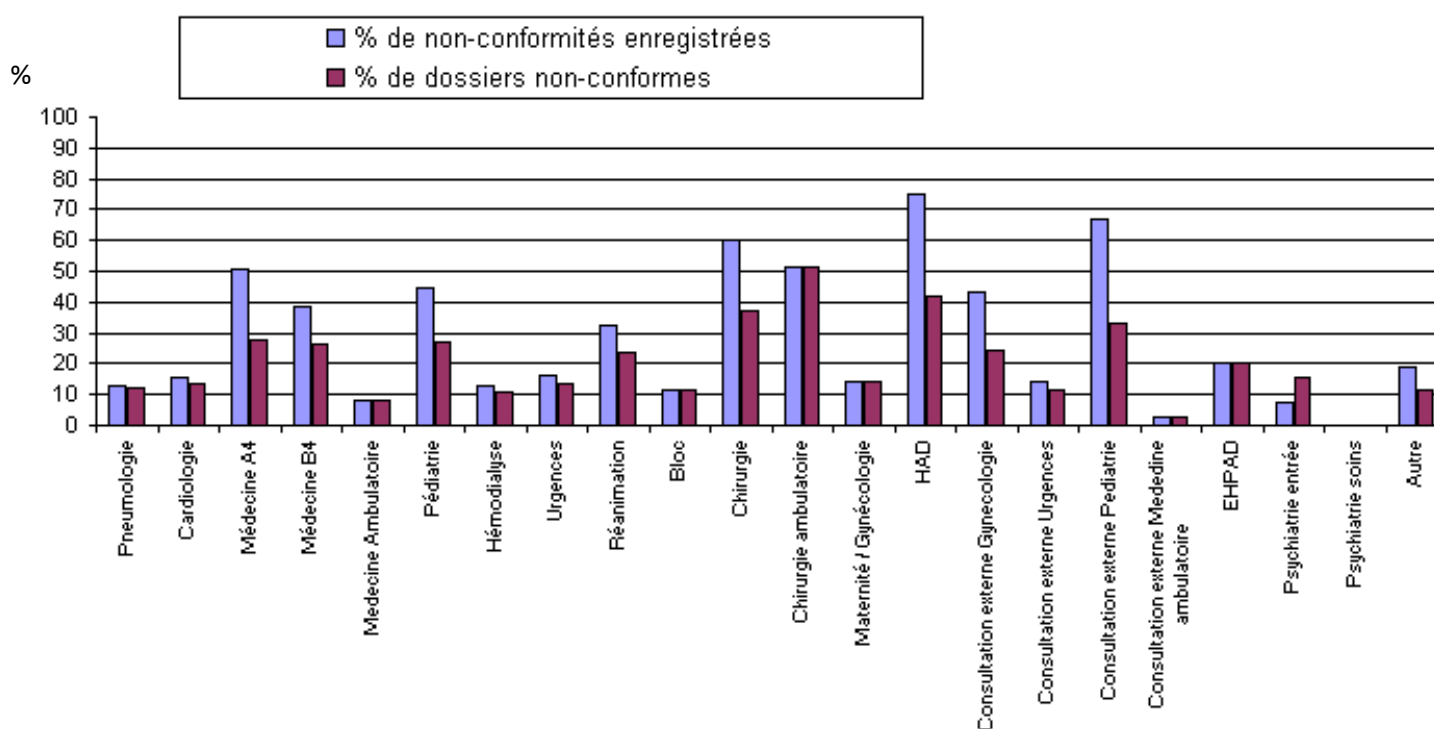
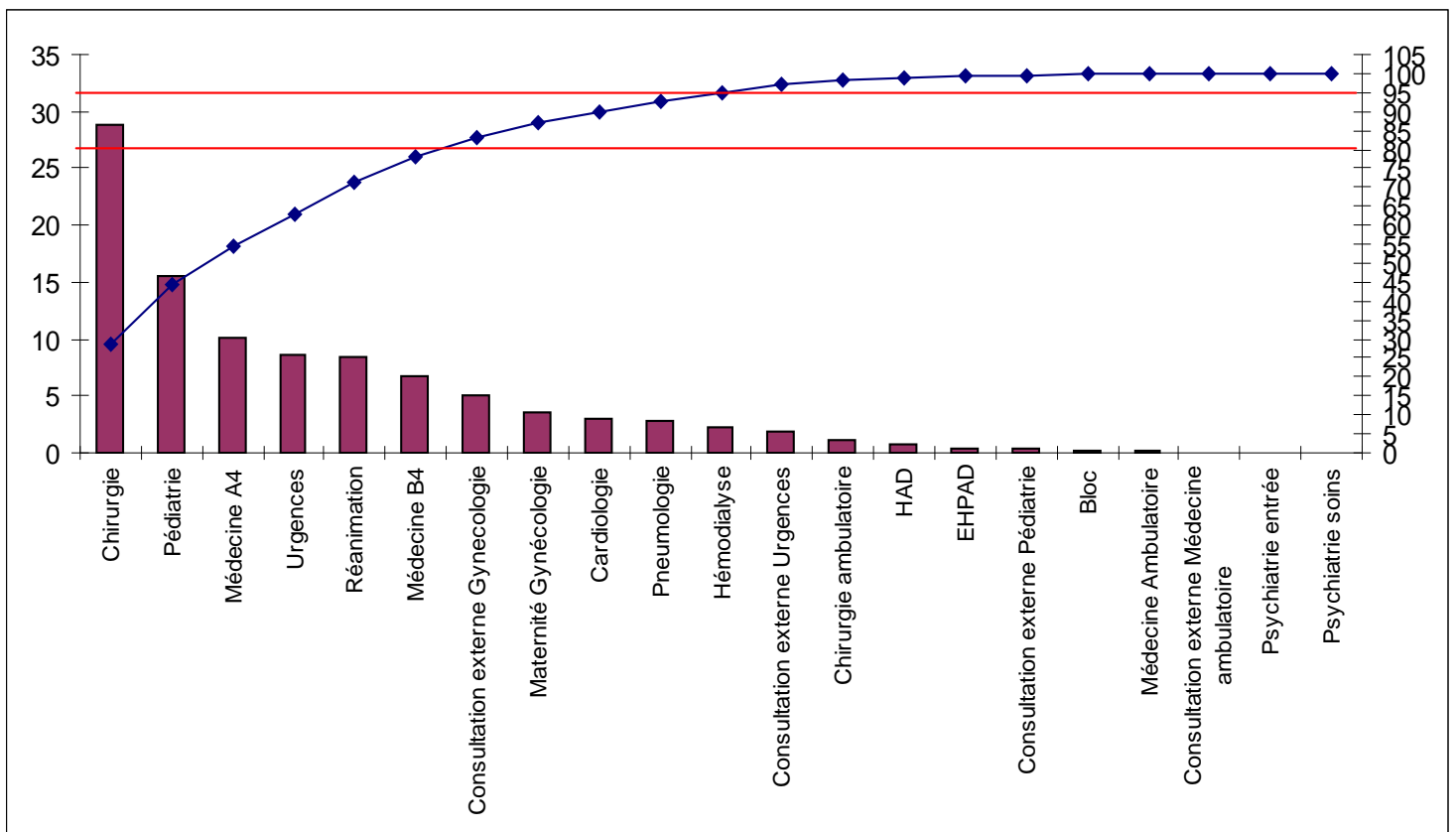


Figure 9 : Diagramme de Pareto : Classement de NC enregistrées selon les services.

(Nous avons exclu les « autres services » résultats non exploitables)

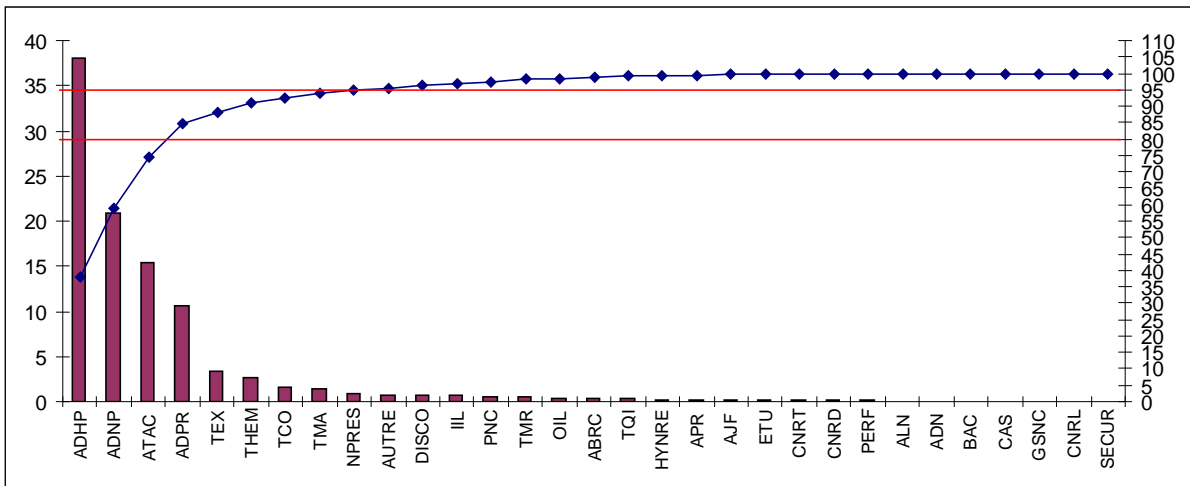
| Services | NC | % | %Cumulés |
|---|------|----|----------|
| Chirurgie | 382 | 29 | 29 |
| Pédiatrie | 206 | 16 | 44 |
| Médecine A4 | 135 | 10 | 54 |
| Urgences | 114 | 9 | 63 |
| Réanimation | 111 | 8 | 71 |
| Médecine B4 | 89 | 7 | 78 |
| Consultation externe Gynécologie | 68 | 5 | 83 |
| Maternité Gynécologie | 48 | 4 | 87 |
| Cardiologie | 40 | 3 | 90 |
| Pneumologie | 37 | 3 | 93 |
| Hémodialyse | 30 | 2 | 95 |
| Consultation externe Urgences | 26 | 2 | 97 |
| Chirurgie ambulatoire | 16 | 1 | 98 |
| HAD | 9 | 1 | 99 |
| EHPAD | 5 | 0 | 99 |
| Consultation externe Pédiatrie | 4 | 0 | 99 |
| Bloc | 3 | 0 | 100 |
| Médecine Ambulatoire | 2 | 0 | 100 |
| Consultation externe Médecine ambulatoire | 1 | 0 | 100 |
| Psychiatrie entrée | 1 | 0 | 100 |
| Psychiatrie soins | 0 | 0 | 100 |
| Total | 1327 | | |



Les résultats montrent qu'il faut agir en priorité sur les services situés en dessous de la barre des 80 % soit de la chirurgie jusqu'au service de Médecine B4 pour avoir un maximum d'impact.

Figure 10 : Diagramme de Pareto : Classement types de NC enregistrées pour les services chirurgie, pédiatrie, médecine A4, urgences, réanimation, médecine B4.

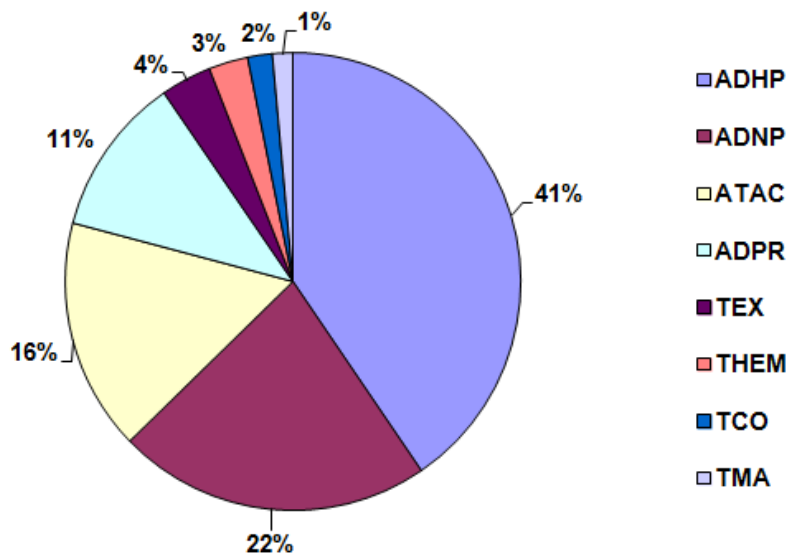
| Code NC | | % | %cumulés |
|----------------|------|----------|-----------------|
| ADHP | 394 | 38 | 38 |
| ADNP | 216 | 21 | 59 |
| ATAC | 160 | 15 | 74 |
| ADPR | 110 | 11 | 85 |
| TEX | 35 | 3 | 88 |
| THEM | 27 | 3 | 91 |
| TCO | 17 | 2 | 92 |
| TMA | 14 | 1 | 94 |
| NPRES | 10 | 1 | 95 |
| AUTRE | 8 | 1 | 96 |
| DISCO | 7 | 1 | 96 |
| IIL | 7 | 1 | 97 |
| PNC | 6 | 1 | 97 |
| TMR | 6 | 1 | 98 |
| OIL | 4 | 0 | 98 |
| ABRC | 4 | 0 | 99 |
| TQI | 4 | 0 | 99 |
| HYNRE | 2 | 0 | 99 |
| APR | 1 | 0 | 100 |
| AJF | 1 | 0 | 100 |
| ETU | 1 | 0 | 100 |
| CNRT | 1 | 0 | 100 |
| CNRD | 1 | 0 | 100 |
| PERF | 1 | 0 | 100 |
| ALN | 0 | 0 | 100 |
| ADN | 0 | 0 | 100 |
| BAC | 0 | 0 | 100 |
| CAS | 0 | 0 | 100 |
| GSNC | 0 | 0 | 100 |
| CNRL | 0 | 0 | 100 |
| SECUR | 0 | 0 | 100 |
| Somme | 1037 | 100 | |



Dans ce diagramme de Pareto, il nous a semblé plus intéressant de placer la barre à 95% car les NC placées entre 80% et 95% sont toutes aussi importantes à étudier pour mettre en place les actions préventives.

Pour rendre les résultats plus visuels pour les services, nous avons réalisé un diagramme en camembert présentant les NC situées sous la barre des 95% dans le diagramme de Pareto

Figure 11 : Diagramme représentant les NC les plus régulières situées sous la barre des 95% dans le diagramme de Pareto.



Pour les services situés sous la barre des 80% dans le diagramme de Pareto, dans 95% des cas les NC concernaient : l'absence d'heure de prélèvement, l'absence de préleveur, l'absence de renseignement sur le traitement anticoagulant et l'absence de prescripteur, tube en excès, de tube hémolysé, de tube coagulé, de tube manquant.

Nous avons donc décidé de mettre en place des actions correctives et préventives en priorité sur ces NC les plus fréquentes.

Tous les résultats ont été présentés aux différents services de soins par le Cadre de santé du laboratoire et moi-même afin qu'il y ait une prise de conscience de l'ensemble des préleveurs.

Cette présentation a permis de :

- répondre aux nombreuses questions des cadres de santé et des IDE,
- faire remonter les dysfonctionnements,
- être à l'écoute,
- améliorer la relation avec les services.

Les présentations des résultats ont été réalisées de la même façon dans les services de Chirurgie, pédiatrie, Médecine A4, Médecine B4, Maternité, Cardiologie, Pneumologie, Consultations externes de Gynécologie et en Hémodialyse. C'est-à-dire dans l'ensemble des services situés sous la barre des 95% dans le diagramme de Pareto (Cf figure 9).

L'étude a été présentée dans chaque service de soins, organisée sous forme de deux tableaux :

- Un premier tableau avec le diagramme représentant le pourcentage de dossiers conformes / non conformes tous services confondus (Figure 5). Ainsi que le diagramme représentant les non-conformités les plus régulières situées sous la barre des 95% dans le diagramme de Pareto. (Figure 11)
- Un second tableau sur les NC enregistrées représentant le pourcentage de dossiers conformes / non conformes pour le service concerné. Ainsi qu'un diagramme sous forme de camembert représentant les non-conformités les plus régulières situées sous la barre des 80% ou 95% dans le diagramme de Pareto selon les services concernés afin de pouvoir mettre en place des actions préventives pour avoir le maximum d'impact tout en étant réalisables, sans engendrer un travail trop lourd pour les services.

Annexe II : Résultats de l'étude par service concerné.

Annexe III : Exemple de feuille présentation des résultats lors de notre passage dans les services.

A la fin de notre présentation, nous avons mis en place des actions correctives ou préventives avec chaque service. Les comptes rendus de la réunion ont été retournés dans les services concernés et affichés dans leurs salles de soins avec toutes les réponses à leurs questions et remarques ainsi que les actions préventives mises en place.

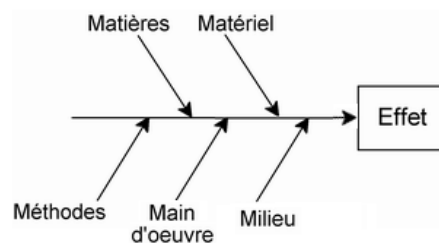
Quelques exemples d'actions mises en place :

- Mise en place des tampons encreurs avec N° de téléphone pour identification du prescripteur et du service.
- Modification de la feuille de prescription afin de pouvoir renseigner les traitements anticoagulants.
- Mise à jour de la table de préconisations à afficher dans le service.
- Informer et sensibiliser lors d'une prochaine réunion de service l'équipe IDE (équipes de jour et de nuit) à noter l'heure et le nom du préleveur, si traitement anticoagulant oui ou non.

5. Analyse, interprétation et axes d'améliorations

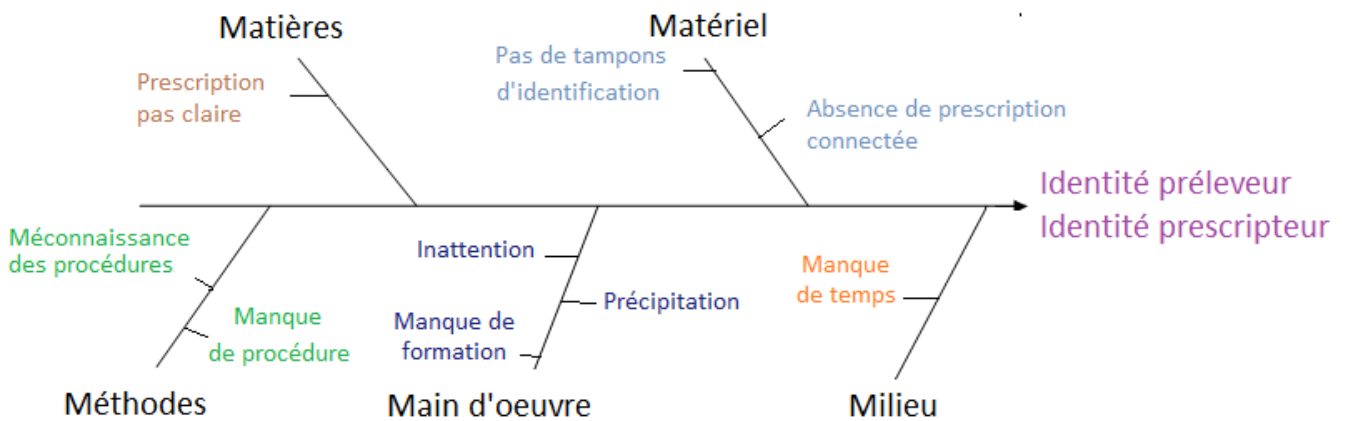
a. Analyse des causes des principales non-conformités pré-analytiques selon la méthode Ishikawa (5M)

Pour l'analyse des causes des principales NC il nous a semblé être intéressant d'utiliser la méthode Ishikawa (5M). En effet ce diagramme représente de façon graphique les causes aboutissant à un effet. Nous l'avons structuré autour des 5M ce qui nous a permis de regarder nos différents NC sous cinq aspects différents.

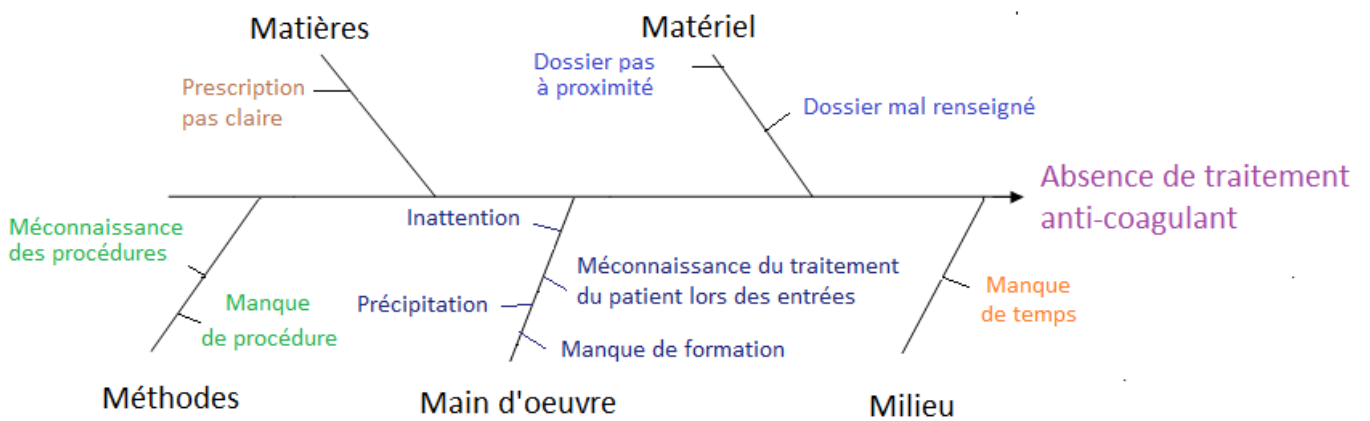


- Matière : les matières et matériaux utilisés et entrant en jeu, et plus généralement les entrées du processus.
- Matériel : l'équipement, les machines, le matériel informatique, les logiciels et les technologies.
- Méthode : le mode opératoire, la logique du processus et la recherche et développement.
- Main-d'œuvre : les interventions humaines.
- Milieu : l'environnement, le positionnement, le contexte.

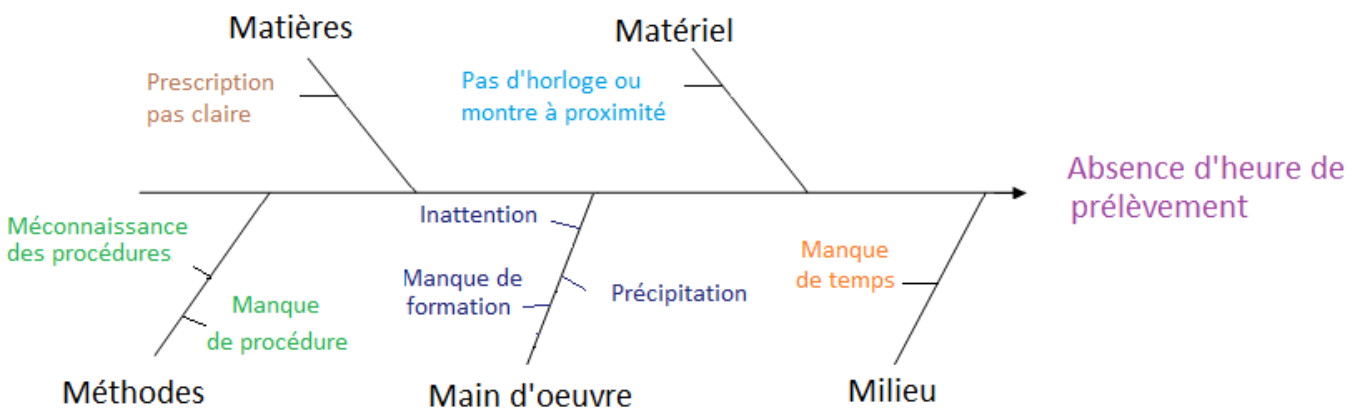
1) Identité préleveur, prescripteur



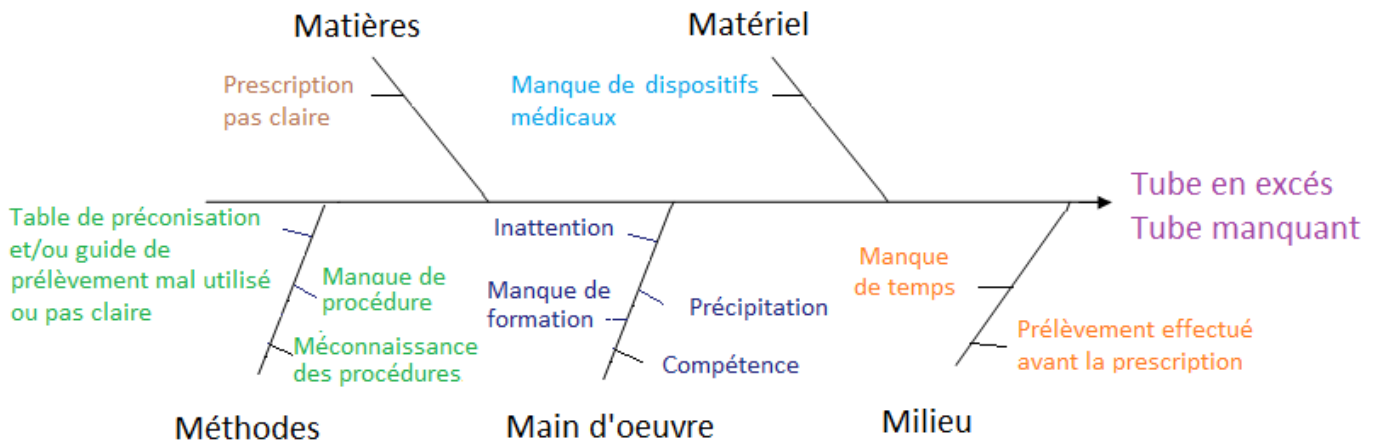
2) Absence de traitement anti-coagulant.



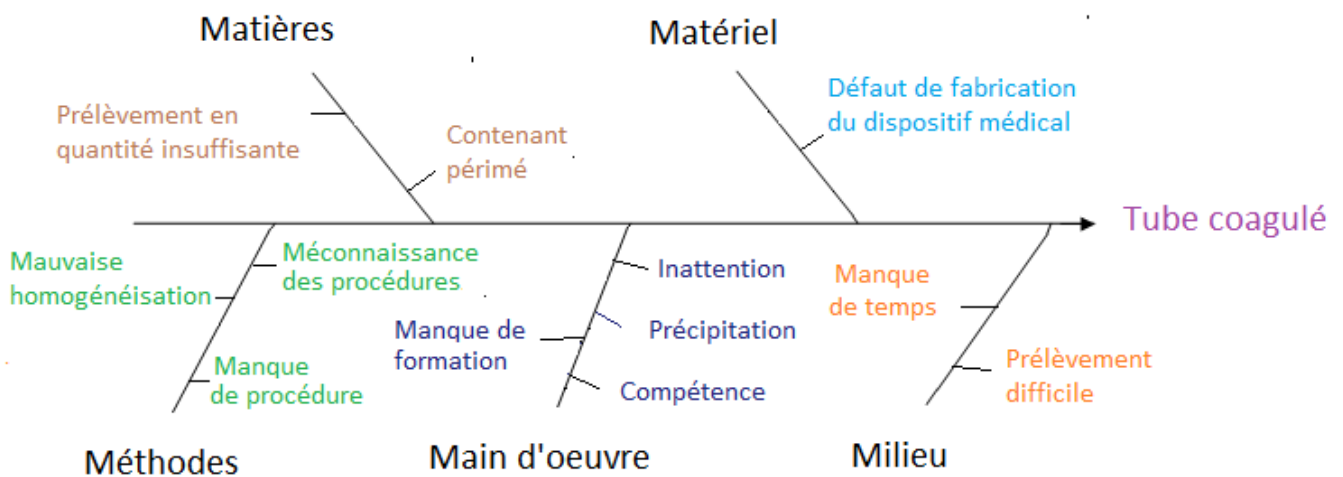
3) Absence d'heure de prélèvement.



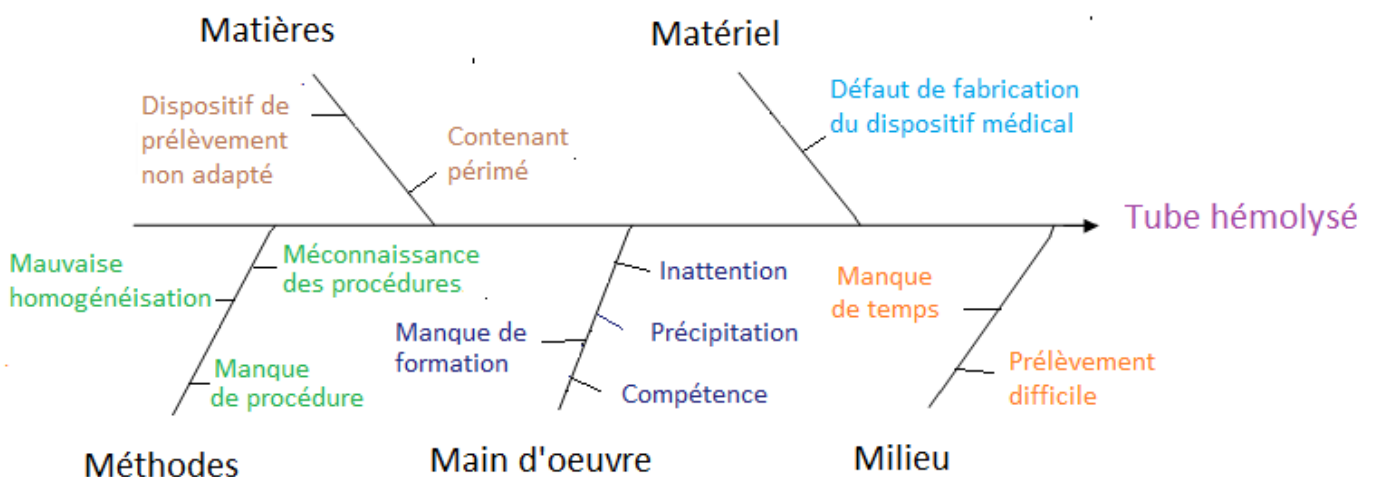
4) Tube en excès, tube manquant.



5) Tube coagulé.



6) Tube hémolysé.



b. Récapitulatif

Les actions sont en priorité à mener dans les services de :

- Chirurgie, Pédiatrie, Médecine A4, Urgence, Réanimation et Médecine B4.

Les NC les plus courantes sont :

- Absence d'heure de prélèvement, Absence de préleveur, Absence de renseignement sur le traitement anticoagulant, Absence de prescripteur, Tube en excès, Tube hémolysé, Tube coagulé, Tube manquant.

Les principales causes relevées d'après la méthode Ishikawa sont :

- Inattention.
- Précipitation.
- Défaut de formation.
- Défaut de procédure ou méconnaissance des procédures.

Nous avons revu les feuilles de prescriptions actuelles afin de faciliter le remplissage par les services de soins.

Nous nous sommes aperçus que sur notre prescription, le traitement anticoagulant suivi par le patient lors des prescriptions d'examen d'hémostase n'était pas renseigné par les services. Nous avons décidé de modifier notre prescription afin de prévoir un emplacement dédié aux traitements anticoagulants pour que le renseignement soit plus facile et plus clair. Nous l'avons présenté lors de nos passages dans les différents services et nous avons rappelé l'importance de ce renseignement. **Annexe IV : Prescription avant et après modification.**

Pour les non-conformités tube en excès et tube manquant, nous avons remis à jour notre table de préconisations et nous l'avons présentée et donnée aux services pour qu'ils l'affichent dans leur salle de soins. **Annexe V : Table de préconisations**

Lors de notre présentation de l'étude dans les services de soins, nous avons rappelé aux préleveurs la nécessité du bon remplissage des feuilles de prescription (date et heure de prélèvement, service, préleveur ...). Pour le personnel préleveur absent lors de notre passage les informations sont passées par l'intermédiaire des cadres de santé.

c. Axes d'améliorations et perspectives

Une réunion avec le groupe de travail a eu lieu fin mai 2013 pour proposer des axes d'améliorations.

Voici les remarques retenues :

- Nécessité de mettre en place, le plus rapidement possible, la prescription connectée. En effet, le CH a fait l'acquisition d'un logiciel informatique (Cristal Net) qui nous permet de réaliser les prescriptions connectées. Le paramétrage est en cours de réalisation, son utilisation est prévue pour début 2014. Cette prescription connectée supprimera les non-conformités liées à l'identification.
- Modifier très prochainement la mise en page de notre guide de prélèvement pour faciliter les recherches lors des prélèvements par le personnel médical et le diffuser à l'ensemble des services préleveurs. Actuellement notre guide regroupe l'ensemble des examens pris en charge par le laboratoire (les examens envoyés et ceux réalisés aux laboratoires) dans un unique tableau excel. Nous voulons séparer les envois et les examens réalisés aux laboratoires et les classer par secteur.
- Rappeler par l'intermédiaire des Cadres de santé, aux personnels préleveurs et prescripteurs, la nécessité du bon remplissage des feuilles de prescription.
- Prévoir une formation sur le pré-analytique lors de l'arrivée d'un nouveau préleveur dans les services de soins en rappelant de l'accréditation des laboratoires, nos objectifs et leur rôle dans la phase du pré-analytique.
- Prévoir des journées au laboratoire avec les services de soins afin d'améliorer les relations et pouvoir expliquer le bien-fondé de certaines obligations. Réaliser des visites du laboratoire et présenter les NC.
- Améliorer les fiches de non-conformité et mettre en place l'utilisation de notre logiciel de gestion des non-conformités (Gesqual) pour faciliter leur exploitation. Actuellement les NC sont saisies et étudiées sur notre logiciel Hexalis, mais l'utilisation de Gesqual pourrait simplifier le traitement.
- Revoir une nouvelle version de notre mode opératoire de Gestion des non-conformités pré-analytiques sur Hexalis et finaliser la procédure de gestion des non-conformités.

- Prévoir une seconde étude similaire pour analyser l'impact de notre passage dans les services de soins et pouvoir mettre en place un indicateur.
- Réfléchir à la réalisation des études futures à fréquence raisonnable pour suivre notre indicateur.
- Réfléchir à la mise en place pour janvier 2014 d'autres non-conformités à suivre, par exemple : (date de prélèvement ...).

6. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en place au laboratoire la gestion des NC de la phase pré-analytique, avec prochainement la mise en place d'indicateurs qualité simples et facilement communicables à l'ensemble du personnel du laboratoire et aux services de soins pour répondre aux exigences de la Norme. L'exploitation des données a permis la mise en place de plusieurs actions correctives afin d'améliorer la qualité de la phase pré-analytique. Si ces actions sont encore trop récentes pour que leur efficacité ait pu être évaluée précisément, le personnel du laboratoire a tout de même constaté une nette diminution du nombre de saisies de non-conformité générale au moment de l'enregistrement et une communication plus facile avec les services qui ont pris conscience de l'importance de la phase pré-analytique.

Ce projet a eu un réel effet positif sur la motivation du personnel et la dynamique du système qualité.

La prise de conscience de l'enjeu très important que représente cette accréditation est maintenant acquise pour l'ensemble du personnel du laboratoire mais aussi pour la direction de l'établissement. En effet, depuis le mois de mars et dans les mois à venir, beaucoup d'actions vont se mettre en place au sein du laboratoire pour améliorer notre système qualité, notamment par l'intermédiaire de la société Alain Cœur Conseil qui intervient chaque mois depuis cette année, ce qui apporte un soutien indispensable à notre laboratoire pour l'aboutissement du projet d'accréditation.

7. Bibliographie

- AFNOR : Norme NF EN ISO 15189 : Laboratoire d'analyses de biologie médicale – Exigences concernant la qualité et la compétence, version 2012
- Cours du DU Paris 6 « Assurance qualité au laboratoire de Biologie Médicale ».
- Document de formation réalisée par BioQualité 2011-2012
- Document de formation réalisée par la société AFNOR 2011
- Site internet www.legifrance.gouv.fr

Annexes

| | |
|--|----|
| ANNEXE I : | 33 |
| <u>Présentation du projet lors d'une réunion DRH en présence de l'ensemble des cadres supérieurs de santé.</u> | |
| ANNEXE II : | 36 |
| <u>Résultat de l'étude par service concerné.</u> | |
| ANNEXE III : | 38 |
| <u>Exemple de feuille présentation des résultats lors de notre passage dans les services.</u> | |
| ANNEXE IV : | 40 |
| <u>Prescription avant et après modification.</u> | |
| ANNEXE V : | 44 |
| <u>Table de préconisations.</u> | |

ANNEXE I

Présentation du projet lors d'une réunion DRH en présence de l'ensemble des cadres supérieurs de santé.

LES NON-CONFORMITES PRE-ANALYTIQUES

20 Mars 2013

Dr ROGOWSKI Christine / TAUVEL Héloïse

Enjeux de la réforme de la biologie médicale

GBEA : référentiel réglementaire (ARS)

Ordonnance Janvier 2010

Normes NF EN ISO 15189 et 22870 (COFRAC)

Contexte réglementaire

- Obligation réglementaire de l'accréditation des laboratoires selon la norme NF EN ISO 15189 (ordonnance du 13 janvier 2010)
 - Preuves de l'entrée dans la démarche pour le 31 mai 2013
 - L'ensemble de l'activité accréditée pour 2016

Cycle de vie d'une accréditation

Accréditation / Certification

- Certification des Établissements de santé :

Activité de biologie médicale et certification des ES, HAS novembre 2012

Certification

- Investigation du critère 21b « démarche Qualité » suivant la procédure habituelle

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

L'article L.6221-1 du Code de la santé publique rend l'accréditation obligatoire pour les laboratoires de biologie médicale sur l'ensemble de l'activité qu'ils réalisent. Cette accréditation est prévue au plus tard le 1^{er} novembre 2016 ; les laboratoires de biologie médicale devront prouver leur entrée effective dans la démarche dès le 1^{er} novembre 2013.

Les laboratoires de biologie médicale dont l'activité est liée aux centres de ressources biologiques doivent procéder à une évaluation de la qualité de la conservation des échantillons biologiques dans le respect des règles édictées par l'INERM.

Au-delà des attentes précises il convient d'intégrer d'autres éléments qui concourent à la qualité des résultats. Il s'agit de points sensibles en rapport direct et fort avec les activités de biologie médicale exposés à travers d'autres critères du manuel V2010 : l'investigation, la qualification des personnels, la santé, la sécurité et la qualité de vie au travail, le système d'information, la gestion des risques, la gestion des déchets, la démarche de CAP, l'ERP.

L'accréditation d'un laboratoire de biologie médicale repose sur les exigences des normes 15189 et 22870 permet de s'appuyer positivement à l'ensemble des éléments d'appréciation du critère 21.b.

E1 | Prévoir

Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.

E2 | Mettre en œuvre

La démarche qualité est mise en œuvre avec des échéances déterminées compatibles avec le respect de la réglementation.

E3 | Évaluer et améliorer

Des actions d'évaluation sont menées et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.

Quelles sont les étapes à maîtriser pour la mise en place de l'accréditation?

Mise en place de la gestion des Non Conformités

Début avril 2013 : mise en place de plusieurs non-conformités pré-analytiques (pouvant entraîner la suppression d'analyses)

Liste des non-conformités pré-analytiques

Identification de l'échantillon ou prescription

| Non-conformité | Action | Dérogation |
|--|---|--|
| Nom incomplet sur l'échantillon : absence de prénom | - Téléphoner dans le service - Non réalisation sauf dérogation | - Urgence vitale (si spécifiée) - prélèvements précieux → Acceptation du prélèvement sous réserve d'obtention de l'information : renseignements certifiés par le préleveur |
| Absence d'identification ou identification illisible de l'échantillon | - Téléphoner dans le service - Non réalisation sauf dérogation | - Urgence vitale (si spécifiée) - prélèvements précieux → Acceptation du prélèvement sous réserve d'obtention de l'information : renseignements certifiés par le préleveur |
| Pour les groupes et RAI : Absence de date de naissance, de nom de jeune fille, lieu de naissance | Non réalisation sauf dérogation | - Acceptation du prélèvement sous réserve d'obtention de l'information : renseignements certifiés par le préleveur |
| Prescription ou formulaire de demande illisible ou absence d'identification | Non réalisation sauf dérogation | - Acceptation du prélèvement sous réserve d'obtention de l'information : renseignements certifiés par le préleveur |
| Discordance entre identité portée sur le prélèvement et celle figurant sur la prescription ou le formulaire de demande | - Non réalisation sauf dérogation | - Urgence vitale (si spécifiée) - prélèvements précieux → Acceptation du prélèvement sous réserve d'obtention de l'information : renseignements certifiés par le préleveur |

Renseignements

| Non-conformité | Action | Dérogation |
|--|---|---|
| Absence d'heure de prélèvement | Réalisation de l'examen | / |
| Absence de préleveur | Réalisation de l'examen sauf RAI/ Groupe sanguin (Acceptation du prélèvement sous réserve d'obtention de l'information : renseignements certifiés par le préleveur) | / |
| Absence de prescripteur | Réalisation de l'examen | |
| Absence de traitement anticoagulant | - Non réalisation sauf dérogation | Dérogation après régularisation avec le service (appel dans le service) |
| Absence de renseignements indispensables à l'interprétation d'un dossier | - Non réalisation sauf dérogation | Dérogation après régularisation avec le service (appel dans le service) |

Adéquation des prélèvements par rapport aux analyses demandées. Respect des modalités de prélèvement

| Non-conformité | Action / Dérogation |
|--|---|
| Absence de demande d'analyse (ex : tube "en trop") | Téléphoner lors de la vérification de la demande, puis soit : - Correction de la saisie ou échantillon consacré en technique sous réserve d'une demande supplémentaire (analyse non cochée) - Si pas ajout d'analyse par le service, tube en excès. |
| Mode de recueil des échantillons non respecté | - Téléphoner dans le service - Non réalisation (examen impossible) |
| Tube manquant pour une analyse | - Téléphoner dans le service - Non réalisation (examen impossible) |
| Délais entre injection et dosage non respectés et/ou non précisés. Conditions de transport non respectées. Conditions de prélèvement non respectées (patient non à jeun) | - Téléphoner dans le service - Non réalisation (examen impossible) |
| 2 groupes sanguins dans la même pochette | Un seul groupe est enregistré (annulation du 2ème groupe). Appel systématique dans le service. |

Qualité du prélèvement

| Non-conformité | Action / Dérogation |
|--|---|
| Interférences analytiques (hémolyse, lactescence, ictère...) | Réalisation de l'examen si possible. En cas de refus, prévenir le service |
| Tube coagulé pour analyse nécessitant du sang total ou du plasma | - Téléphoner dans le service - Non réalisation (examen impossible) |
| Volume de remplissage non respecté, quantité insuffisante | - Téléphoner dans le service - Non réalisation (examen impossible) |

Prélèvements précieux – cas particuliers



- Urgence vitale spécifiée
- Biopsie
- LCR
- Liquide de ponction
- Matériel retiré
- Prélèvement de nouveau-né à la naissance (liquide gastrique...)
- Prélèvement de nouveau né (< 3ans)

→ Une régularisation immédiate est impérative par le service en charge du patient par un déplacement au laboratoire pour les prélèvements non ou mal identifiés (renseignements certifiés par le préleveur).

Deux axes essentiels pour commencer



- Identité
- Renseignements (traitements anticoagulants)

Gestion et traitement des non-conformités



Gestion et traitement



- Ne figureront sur les CR que les non-conformités entraînant le refus de l'examen
- Toutes les non-conformités seront saisies dans le système informatique du laboratoire
 - Une restitution sera réalisée tous les mois puis tous les trimestres aux cadres de santé
 - Une fiche de NC par type de NC par service
 - Plusieurs indicateurs
 - % de NC par service / dossiers
 - % Types de NC par service / NC totales du service
- Réflexion sur les actions préventives et axes d'amélioration à mettre en place

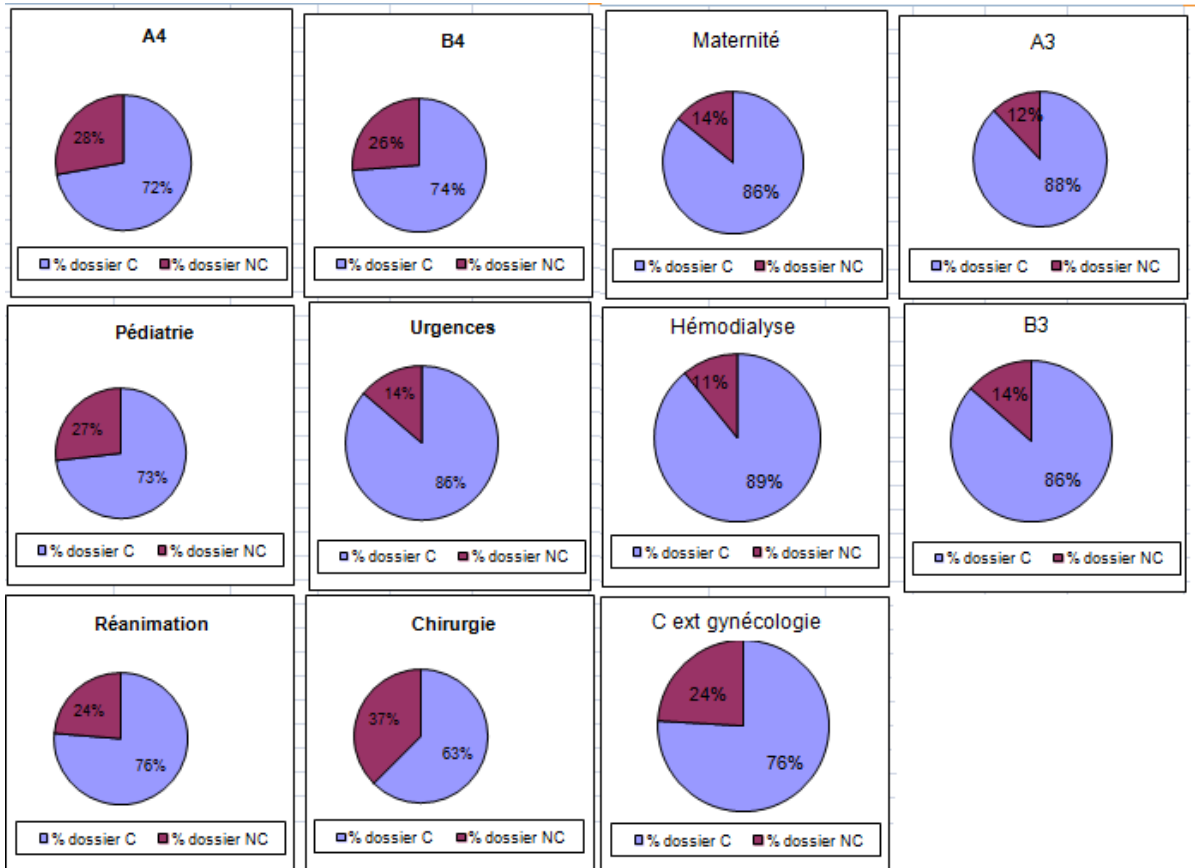
Merci de votre attention



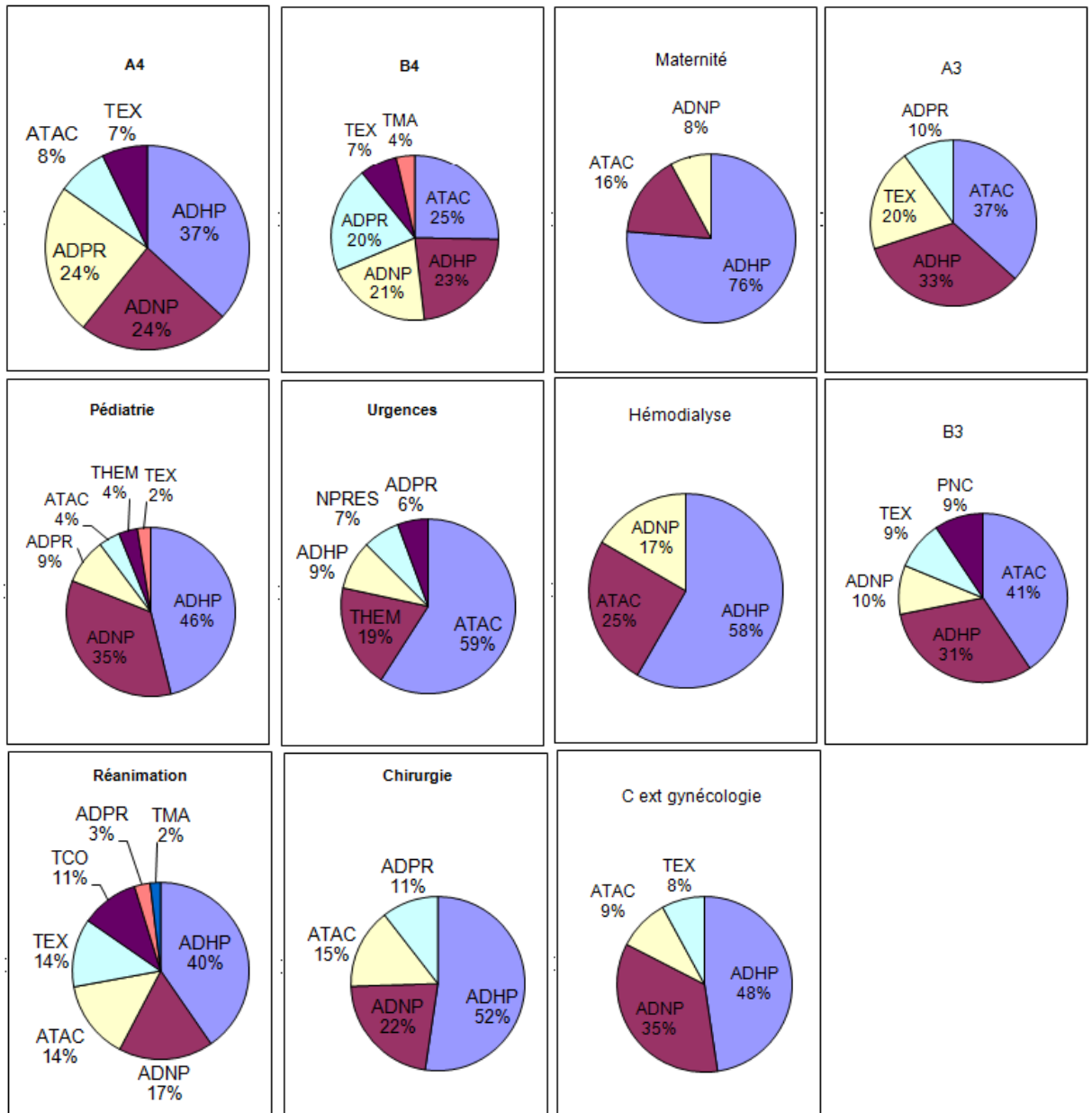
Annexe II

Résultat de l'étude par service concerné.

- 1) Diagramme représentant le pourcentage de dossiers conformes / non conformes pour le service concerné.



2) Diagramme représentant les NC les plus régulières situées sous la barre des 80 ou 95% dans le diagramme de Pareto pour le service concerné.

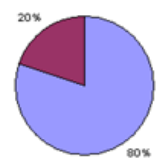
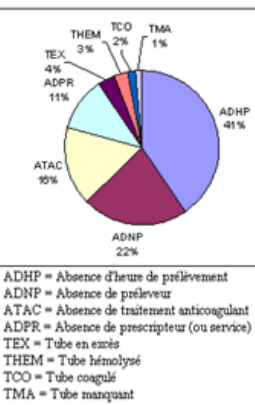

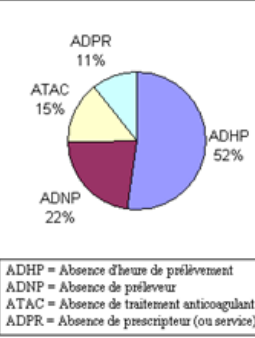


ANNEXE III

Exemple de feuille présentation des résultats lors de notre passage dans les services

SERVICE LABORATOIRE – C.H. JACQUES MONOD – 61100 FLERS Fiche de traitement des non conformités pré-analytiques du laboratoire

Numéro de la fiche : 1
Date : le 30/05/2013
Auteur du rapport : Tauvel Héloïse

| Présentation des résultats des non-conformités du 29 avril 2013 au 26 mai 2013 | | |
|--|---|--|
| Service concerné : Chirurgie | | |
| Les non-conformités pour l'ensemble des services | | |
| <p style="text-align: center; font-size: small;">Pourcentage des dossiers conformes</p>  <p style="text-align: center; font-size: x-small;">■ % dossier C ■ % dossier NC</p> | <p style="text-align: center; font-size: small;">Pourcentage des non-conformités les plus régulières</p>  <p style="font-size: x-small;">ADHP = Absence d'heure de prélèvement ADNP = Absence de préleveur ATAC = Absence de traitement anticoagulant ADPR = Absence de prescripteur (ou service) THEM = Tube hémolysé TCO = Tube coagulé TMA = Tube manquant</p> | <p style="color: green; font-weight: bold;">Pour l'ensemble des services :</p> <p style="color: green; font-weight: bold;">4902 dossiers dont 982 avec au moins une non-conformité</p> <p style="color: green; font-weight: bold;">⇒ 1447 non-conformités enregistrées au laboratoire</p> |
| Les non-conformités pour le service | | |
| <p style="text-align: center; font-size: small;">Pourcentage des dossiers conformes</p>  <p style="text-align: center; font-size: x-small;">■ % dossier C ■ % dossier NC</p> | <p style="text-align: center; font-size: small;">Pourcentage des non-conformités les plus régulières</p>  <p style="font-size: x-small;">ADHP = Absence d'heure de prélèvement ADNP = Absence de préleveur ATAC = Absence de traitement anticoagulant ADPR = Absence de prescripteur (ou service)</p> | <p style="color: green; font-weight: bold;">Pour le service :</p> <p style="color: green; font-weight: bold;">633 dossiers dont 237 avec au moins une non-conformité</p> <p style="color: green; font-weight: bold;">⇒ 382 non-conformités enregistrées au laboratoire</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">⚠ 6 non-conformités enregistrées pour une discordance entre l'identité du prélèvement et la prescription ou une identité illisible ou absente sur le prélèvement.</p> |
| Actions correctives ou préventives (A compléter par le service concerné) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place des tampons encres avec N° de téléphone pour identification du prescripteur. Sensibilisation des IDE lors d'une réunion (03/07/2013) et lors des transmissions. - Feuille de non-conformité remise à chaque IDE. - Le laboratoire a ajouté une ligne pour les traitements anticoagulants sur la feuille de prescription (jaune) - Mise à jour de la table de préconisation (A afficher dans le service) | | |
| Date et signature(s) : 05/07/2013 (Auteur (s) du rapport) J. TROUSSIER | Date et signature : 05/07/2013 (Cadre du service concerné) E. MOTTIN | |

Cette fiche est à retourner au laboratoire une fois complétée par le cadre du service

SERVICE LABORATOIRE – C.H. JACQUES MONOD – 61100 FLERS

| Identité / Renseignements | |
|----------------------------------|--|
| <i>Code</i> | <i>Définition</i> |
| DISCO | Discordance entre identité du prélèvement et l'identité de la prescription |
| IIL | Identité illisible ou absente sur l'échantillon |
| APR | Absence de Prénom |
| AJF | Absence du nom de jeune fille |
| ALN | Absence lieu de naissance |
| ADN | Absence de Date de naissance |
| OIL | Identité illisible ou absente sur la prescription |
| ADHP | Absence d'heure de prélèvement |
| ADNP | Absence de préleveur |
| ADPR | Absence de prescripteur |
| ATAC | Absence de traitement anticoagulant |
| ABRC | Absence de renseignements indispensables à l'interprétation d'un dossier |
| AUTRE | Autre NC |

Uniquement dans le cas d'une demande de Groupe sanguin ou RAI

Ne pas utiliser pour le service des urgences

| Autres Non-conformités | |
|-------------------------------|--|
| <i>Code</i> | <i>Définition</i> |
| TEX | Tube en excès |
| ETU | Erreur de tube |
| BAC | Bactériologie non exploitable |
| TMA | Tube manquant |
| CAS | Tube cassé |
| PNC | Prélèvement non-conforme |
| CNRT | Température non respectée |
| CNRD | Délais non respectés |
| GSNC | Deux groupes dans la même pochette |
| TCO | Tube coagulé |
| TMR | Tube mal rempli (examen impossible exemple tube hémostase) |
| THEM | Tube hémolysé |
| HYNRE | Hygiène non respectée |
| CNRL | Abrî de la lumière non respecté |
| NPRES | Examen non prescrit sur la prescription |
| TQI | Quantité insuffisante |
| SECUR | Présence d'une aiguille sur le prélèvement |
| PERF | Prélèvement prélevé dans la perfusion |

| Code NC | Non-conformités enregistrées pour la Chirurgie |
|----------------|--|
| ADHP | 189 |
| ADNP | 80 |
| ATAC | 54 |
| ADPR | 38 |
| DISCO | 5 |
| TEX | 2 |
| TMA | 2 |
| TMR | 2 |
| THEM | 2 |
| IIL | 1 |
| AJF | 1 |
| OIL | 1 |
| AUTRE | 1 |
| ETU | 1 |
| PNC | 1 |
| CNRD | 1 |
| NPRES | 1 |
| APR | 0 |
| ALN | 0 |
| ADN | 0 |
| ABRC | 0 |
| BAC | 0 |
| CAS | 0 |
| CNRT | 0 |
| GSNC | 0 |
| TCO | 0 |
| HYNRE | 0 |
| CNRL | 0 |
| TQI | 0 |
| SECUR | 0 |
| PERF | 0 |
| Somme | 382 |

ANNEXE IV

Prescription avant et après modification

Prescription Avant modification

SERVICE LABORATOIRE – C.H. JACQUES MONOD – 61100 FLERS

| IDENTITE PATIENT | IDENTITE PRESCRIPTEUR | IDENTITE PRELEVEUR | SERVICE DEMANDEUR |
|--|---------------------------|--|-------------------|
| Nom : | Nom : | Nom : | |
| Prénom : | Date prescription : | Date : | |
| | Rsgts Cliniques : | Heure : | |
| D de N :/...../..... | | Difficultés pour le | NUMERO LABO. : |
| Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Traitements : | Prélèvement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

BIOCHIMIE SANG - 1753

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ION <u>IONOGRAMME</u> (Na,K,Cl,CO2T) | <input type="checkbox"/> 1 BILT Bilirubine Totale | <input type="checkbox"/> 1 PCTC Procalcitonine |
| <input type="checkbox"/> 1 IONS <u>IONOGRAMME ELARGI</u> (Na,K,Cl,RA,Gly,Ur,Cr,Pr) | <input type="checkbox"/> 1 BILC Bilirubine Conjuguée | <input type="checkbox"/> 1 CRP CRP |
| <input type="checkbox"/> 1 BC <u>BILAN CARDIAQUE</u> (Asat,Alar,CK,LDH,TPIU) | <input type="checkbox"/> 1 ALP Phosphatases alcalines totales | <input type="checkbox"/> 1 PP Profil Protéique |
| <input type="checkbox"/> 1 BH <u>BILAN HEPATIQUE</u> (BILT,BiLc,ALP,GGT,Asat,Alar) | <input type="checkbox"/> 1 GGT Gamma GT | <input type="checkbox"/> 1 ALB Albumine |
| <input type="checkbox"/> 1 BP <u>BILAN PANCREATIQUE</u> (Amylase, Lipase) | <input type="checkbox"/> 1 ASAT ASAT (TGO) | <input type="checkbox"/> 1 HAP Haptoglobine |
| <input type="checkbox"/> 1 NA Sodium | <input type="checkbox"/> 1 ALAT ALAT (TGP) | <input type="checkbox"/> 1 ORO Orosomucoïde |
| <input type="checkbox"/> 1 K Potassium | <input type="checkbox"/> 1 LDH LDH | <input type="checkbox"/> 1 AAT Alpha 1 antitrypsine |
| <input type="checkbox"/> 1 CL Chlore | <input type="checkbox"/> 1 CK CPK Totales | <input type="checkbox"/> 1 C3 Complément C3 |
| <input type="checkbox"/> 1 RA CO2T (réserve alcaline) | <input type="checkbox"/> 1 TPIU Troponine I | <input type="checkbox"/> 1 TRF Transferrine |
| <input type="checkbox"/> 7 GLY Glycémie | <input type="checkbox"/> 1 MYO Myoglobine | <input type="checkbox"/> 1 IGG Immunoglobuline G |
| <input type="checkbox"/> 1 UR Urée | <input type="checkbox"/> 4 BNP BNP | <input type="checkbox"/> 1 IGA Immunoglobuline A |
| <input type="checkbox"/> 1 CR Créatinine | <input type="checkbox"/> 1 AMY Amylase Totale | <input type="checkbox"/> 1 IGM Immunoglobuline M |
| <input type="checkbox"/> 1 PR Protéines totales | <input type="checkbox"/> 1 AMYP Amylase Pancréatique | <input type="checkbox"/> 1 KAPPA Chaîne légère Kappa |
| <input type="checkbox"/> MDRDH ou F ou A: Clairance à la créatinine Formule MDRD | <input type="checkbox"/> 1 LIP Lipase | <input type="checkbox"/> 1 LAMB Chaîne légère Lambda |
| <i>Age du Patient : _____ ans</i> | <input type="checkbox"/> 1 AU Acide urique | <input type="checkbox"/> 1 APOB Apolipoprotéines B |
| <input type="checkbox"/> SCHW Clairance : Formule de Schwartz | <input type="checkbox"/> 1 CHO Cholestérol Total | <input type="checkbox"/> 1 PALB Préalbumine |
| <i>Taille du Patient : _____ Cm</i> | <input type="checkbox"/> 1 TG Triglycérides | Liquide de dialyse péritonéale |
| <input type="checkbox"/> 1 CA Calcium | <input type="checkbox"/> 1 HDL Fraction HDL-Cholestérol | Temps : _____ Vol : _____ Poids : _____ |
| <input type="checkbox"/> 3 CAI Calcium Ionisé | <input type="checkbox"/> 1 LDL/D Fraction LDL-Cholestérol | <input type="checkbox"/> UREZ Urée |
| <input type="checkbox"/> 1 P Phosphore | <input type="checkbox"/> 4 AMN Ammoniémie | <input type="checkbox"/> CREZ Créatinine enzymatique |
| <input type="checkbox"/> 1 MG Magnésium | <input type="checkbox"/> 7 ALAC Acide Lactique | <input type="checkbox"/> GLLI Glucose |
| | | <input type="checkbox"/> NALI Sodium |

BIOCHIMIE URINES - 1753

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIU Volume | <input type="checkbox"/> CLUR Clairance à l'urée | <input type="checkbox"/> PH PH Urinaire |
| <input type="checkbox"/> IONU Iono Urinaire (Na,U,KU,CLU,UURU,CRU) | <input type="checkbox"/> PRU Protéinurie | <input type="checkbox"/> DENS Densité Urinaire |
| <input type="checkbox"/> URU Urée Urinaire | <input type="checkbox"/> GLU Glucosurie | <input type="checkbox"/> OSU Osmolarité Urinaire |
| <input type="checkbox"/> CRU Créatinine Urinaire | <input type="checkbox"/> CAU Calcium Urinaire | |
| <input type="checkbox"/> CLC Clairance à la créatinine | <input type="checkbox"/> PHUR Phosphore Urinaire | <input type="checkbox"/> MALB Microalbuminurie |
| | <input type="checkbox"/> AUU Acide Urique Urinaire | |

HEMATOLOGIE - 1754

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 NF Numération+Formule Leucocytaire+Plaquettes | <input type="checkbox"/> 4 RSCH Recherche de Schizocytes |
| <input type="checkbox"/> 4 PLAQ Plaquettes | <input type="checkbox"/> 4 PALU Recherche de Palu |
| <input type="checkbox"/> 4 HTE Hématocrite | <input type="checkbox"/> 2-3 AGF Recherche d'Agglutinines Froides (voir manuel phvt) |
| <input type="checkbox"/> 4 RETI Réticulocytes | <input type="checkbox"/> 2 CRY Cryoglobulines (voir manuel phvt) |
| <input type="checkbox"/> 6 VS Vitesse de Sédimentation | <input type="checkbox"/> 4 KLEI Test de KLEIHAUER |
| | <input type="checkbox"/> HLM HLM ou Compte d'Addis |

HEMOSTASE & GAZ DU SANG - 1739

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 5 TPI Temps de Quick (INR) | <input type="checkbox"/> 5 TCA Temps de Céphaline Activé | <input type="checkbox"/> 5 FIB Fibrinogène |
| <input type="checkbox"/> 5 DDI D Dimères | <input type="checkbox"/> 5 PDF PDF | <input type="checkbox"/> 5 CS Complexes solubles |
| <input type="checkbox"/> GDS Gaz du Sang | Température du malade : _____ °C | Oxygène :l / ml ou/...../..... |
| | Type de sang : <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> Sang de cordon | |
| <input type="checkbox"/> PHF PH foetal | | |

1=tube sec jaune / 2=tube sec rouge / 3=tube hépariné vert / 4=tube EDTA mauve / 5=tube citraté bleu / 6=tube noir / 7=tube fluoré gris

Réception Laboratoire Nom : Date : Heure :

Feuille de prescription General EN-GE-009 V1

SERVICE LABORATOIRE – C.H. JACQUES MONOD – 61100 FLERS

TOXICOLOGIE & MEDICAMENTS - 1753

TOXICOLOGIE

- 1 BAS Barbituriques
- 1 BZS Benzodiazépines
- 1 TRIC Tricycliques
- 1 PAR Paracétamol
- 1 SAL Salicylés

- 4 HBCO Carboxyhémoglobine
- 4 METH Méthémoglobine

Dépistage de Drogues et toxiques dans les Urines

- DCAN Cannabis DCOC Cocaine
- DOPI Opiacés
- DAMP Amphétamines
- DMAM Métamphétamines
- DBZU Benzodiazépines
- DBARU Barbituriques
- DTRI Tricycliques DPAR Paracétamol
- DMTD Méthadone DPCP Phencyclidines

- 1 ALC Alcool

DOSAGE DE MEDICAMENTS

Traitement :

Heure dernière injection ou prise :

- 1 VAL Acide Valproïque
- 1 CAR Carbamazépine
- 1 THE Théophylline
- 1 DIG Digoxine
- 1 PHE Phénobarbital

- 1 Li Lithium
- 1 AMK Amikacine Pic Vallée
- 1 VAN Vancomycine Pic Vallée
- 1 GEN Gentamycine Pic Vallée

BIOCHIMIE EXPLORATIONS - 1753

BILAN MARTIAL

- 1 FER Fer sérique
- 1 FERC Fer Saturation
- 1 FERI Ferritine
- 1 VB12 Vitamine B 12
- 1 FOLA Folate Sérique
- 4 FOLG Folate érythrocytaire

MARQUEURS TUMORAUX

- 1 ACE ACE
- 1 AFP AlphaFoetoprotéine
- 1 C125 CA 125
- 1 C153 CA 15.3
- 1 C199 CA 19.9
- 1 PSA PSA

ELECTROPHORESE : SANG-URINE-LCR

- 1 ELPR Protéines Sériques
- 1 IFE Immunofixation
- EPU Protéines Urinaires
- EBJ Protéines de Bences Jones Urinaire
- 4 EHB Electrophorèse de l'Hémoglobine

HORMONOLOGIE

DDR : Jour du cycle :

- 1 HCGD B-HCG quantitative
- 1 HCGB B-HCG quantitative hommes
- Cycle de stimulation :
- 1 E2S E2 Stimulation
- 1 LHS LH Stimulation
- 1 PRGS PRG Stimulation
- 1 FSH FSH
- 1 LH LH
- 1 E2 Oestradiol
- 1 PRL Prolactine
- 1 PRG Progestérone
- 1 TESTO Testostérone H TESFE Testostérone enfant+F
- 1 COR Cortisol Sérique
- CYCLE 8H 12h 16H 20H
- CORUR Cortisol Urinaire
- FLU Cortisol Libre Urinaire
- CORS Cortisol Salivaire
- CYCLE 8H 12h 16H 20H
- 1 PEPC Peptide C sérique

EXPLORATION DES GLUCIDES

- 7 GJ Glycémie à Jeun
- 7 GP Glycémie Post Prandiale
- 7 CG1 Cycle Glycémique
- à 8H 10H 12H
- CG9 14H 16H 18H 20H
- 7 OSUM O'Sullivan 2 temps (T: 0 et T: 60)
- 7 HG1 HGPO OMS sur 180 mn par 30 mn
- 7 HGPO HGPO dépistage diabète gestationnel
- 4 HBA1 Hémoglobine Glyquée
- 1 FC Fructosamines

METABOLISME PHOSPHOCALCIQUE

- 1 PTHI Parathormone
- 1 VD3 Vitamine D3 totale

BILANS THYROIDIENS

- 1 TSH TSH
- 1 T4L T4L
- 1 T3L T3L

TESTS - AUTRES EXPLORATIONS

- HCLT Hémocult (recherche de sang dans les selles)
- 1 CAAT Clairance Alpha 1 Antitrypsine (Sang + Selles)
- 1 XYLOA/E Test au D-Xylose (Adulte/Enfant)
- NL Test au Bleu de Nil
- SUER Test à la sueur

1=tube sec jaune / 2=tube sec rouge / 3=tube hépariné vert / 4=tube EDTA mauve / 5=tube citraté bleu / 6=tube noir / 7=tube fluoré gris

Prescription Après modification

SERVICE LABORATOIRE – C.H. JACQUES MONOD – 61100 FLERS

| IDENTITE PATIENT | IDENTITE PRESCRIPTEUR | IDENTITE PRELEVEUR | SERVICE DEMANDEUR |
|--|---------------------------|--|-------------------|
| Nom : | Nom : | Nom : | |
| Prénom : | Date prescription : | Date : | |
| | Ragts Cliniques : | Heure : | |
| D de N : | | Difficultés pour le | NUMERO LABO. : |
| Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Prélèvement : <input type="checkbox"/> oui | |
| | | <input type="checkbox"/> non | |

BIOCHIMIE SANG - 1753

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ION <u>IONOGRAMME</u> (Na,K,Cl,CO2T) | <input type="checkbox"/> 1 BILT Bilirubine Totale | <input type="checkbox"/> 1 PCTC Procalcitonine |
| <input type="checkbox"/> 1 IONS <u>IONOGRAMME ELARGI</u> (Na,K,Cl,RA,Gly,Ur,Cr,Pr) | <input type="checkbox"/> 1 BILC Bilirubine Conjuguée | <input type="checkbox"/> 1 CRP CRP |
| <input type="checkbox"/> 1 BC <u>BILAN CARDIAQUE</u> (Asat,Alat,CK,LDH,TPJU) | <input type="checkbox"/> 1 ALP Phosphatases alcalines totales | <input type="checkbox"/> 1 PP Profil Protéique |
| <input type="checkbox"/> 1 BH <u>BILAN HEPATIQUE</u> (BilT,BilC,ALP,GGT,Asat,Alat) | <input type="checkbox"/> 1 GGT Gamma GT | <input type="checkbox"/> 1 ALB Albumine |
| <input type="checkbox"/> 1 BP <u>BILAN PANCREATIQUE</u> (Amylase, Lipase) | <input type="checkbox"/> 1 ASAT ASAT (TGO) | <input type="checkbox"/> 1 HAP Haptoglobine |
| <input type="checkbox"/> 1 NA Sodium | <input type="checkbox"/> 1 ALAT ALAT (TGP) | <input type="checkbox"/> 1 ORO Orosomucoïde |
| <input type="checkbox"/> 1 K Potassium | <input type="checkbox"/> 1 LDH LDH | <input type="checkbox"/> 1 AAT Alpha 1 antitrypsine |
| <input type="checkbox"/> 1 CL Chlore | <input type="checkbox"/> 1 CK CPK Totales | <input type="checkbox"/> 1 C3 Complément C3 |
| <input type="checkbox"/> 1 RA CO2T (réserve alcaline) | <input type="checkbox"/> 1 TRPT Troponine I | <input type="checkbox"/> 1 TRF Transferrine |
| <input type="checkbox"/> 7 GLY Glycémie | <input type="checkbox"/> 1 MYO Myoglobine | <input type="checkbox"/> 1 IGG Immunoglobuline G |
| <input type="checkbox"/> 1 UR Urée | <input type="checkbox"/> 1 AMYP Amylase Pancréatique | <input type="checkbox"/> 1 IGA Immunoglobuline A |
| <input type="checkbox"/> 1 CR Créatinine | <input type="checkbox"/> 1 PBNP BNP | <input type="checkbox"/> 1 IGM Immunoglobuline M |
| <input type="checkbox"/> 1 PR Protéines totales | <input type="checkbox"/> 1 AMY Amylase Totale | <input type="checkbox"/> 1 KAPPA Chaîne légère Kappa |
| <input type="checkbox"/> MDRDH ou F ou A: Clairance à la créatinine | <input type="checkbox"/> 1 AMYP Amylase Pancréatique | <input type="checkbox"/> 1 LAMB Chaîne légère Lambda |
| Formule MDRD | <input type="checkbox"/> 1 LIP Lipase | <input type="checkbox"/> 1 APOB Apolipoprotéines B |
| Age du Patient : _____ ans | <input type="checkbox"/> 1 AU Acide urique | <input type="checkbox"/> 1 PALB Préalbumine |
| <input type="checkbox"/> 1 CA Calcium | <input type="checkbox"/> 1 CHO Cholestérol Total | |
| <input type="checkbox"/> 3 CAI Calcium Ionisé | <input type="checkbox"/> 1 TG Triglycérides | |
| <input type="checkbox"/> 1 P Phosphore | <input type="checkbox"/> 1 HDL Fraction HDL-Cholestérol | |
| <input type="checkbox"/> 1 MG Magnésium | <input type="checkbox"/> 1 LDLF/D Fraction LDL-Cholestérol | |
| | <input type="checkbox"/> 4 AMN Ammoniémie | |
| | <input type="checkbox"/> 7 ALAC Acide Lactique | |

Liquide de dialyse péritonéale

| | | |
|--|-------|---------|
| Temps : | Vol : | Poids : |
| <input type="checkbox"/> UREZ Urée | | |
| <input type="checkbox"/> CREZ Créatinine enzymatique | | |
| <input type="checkbox"/> GLLI Glucose | | |
| <input type="checkbox"/> NALI Sodium | | |

BIOCHIMIE URINES - 1753

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIU Volume..... | <input type="checkbox"/> CLUR Clairance à l'urée | <input type="checkbox"/> PH PH Urinaire |
| <input type="checkbox"/> IONU Iono Urinaire (Na,U,KU,CLU,URU,CRU) | <input type="checkbox"/> PRU Protéinurie | <input type="checkbox"/> DENS Densité Urinaire |
| <input type="checkbox"/> URU Urée Urinaire | <input type="checkbox"/> GLU Glucosurie | <input type="checkbox"/> OSU Osmolarité Urinaire |
| <input type="checkbox"/> CRU Créatinine Urinaire | <input type="checkbox"/> CAU Calcium Urinaire | |
| <input type="checkbox"/> CLC Clairance à la créatinine | <input type="checkbox"/> PHUR Phosphore Urinaire | <input type="checkbox"/> MALB Microalbuminurie |
| | <input type="checkbox"/> AUU Acide Urique Urinaire | |

HEMATOLOGIE - 1754

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 NF Numération+Formule Leucocytaire+Plaquettes | <input type="checkbox"/> 4 RSCH Recherche de Schizocytes |
| <input type="checkbox"/> 4 PLAQ Plaquettes | <input type="checkbox"/> 4 PALU Recherche de Palu |
| <input type="checkbox"/> 4 HTE Hématocrite | <input type="checkbox"/> 2-3 AGF Recherche d'Agglutinines Froides (voir manuel plvt) |
| <input type="checkbox"/> 4 RETI Réticulocytes | <input type="checkbox"/> 2 CRY Cryoglobulines (voir manuel plvt) |
| <input type="checkbox"/> 6 VS Vitesse de Sédimentation | <input type="checkbox"/> HLM HLM ou Compte d'Addis (Sur 3 heures) |

HEMOSTASE & GAZ DU SANG - 1739

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 5 TPI Temps de Quick (INR) | <input type="checkbox"/> 5 TCA Temps de Céphaline Activé | <input type="checkbox"/> 5 FIB Fibrinogène |
| <input type="checkbox"/> 5 DDI D Dimères | <input type="checkbox"/> 5 PDF PDF | <input type="checkbox"/> 5 CSO Complexes solubles |

Traitements anti-coagulants : NON AVK Héparine Standard Héparine HBPM Autre :

Arrêt AVK Arrêt Héparine Standard Arrêt Héparine HBPM

GDS Gaz du Sang Température du malade : _____ °C Oxygène : l / ml ou _____ / _____ / _____

Type de sang : 8 Arteriel 8 Veineux 4 Sang de cordon

8 PHF PH foetal 4 PHF PH foetal sur sang de cordon

1=tube sec jaune/2=tube sec rouge/3=tube hépariné vert/4=tube EDTA mauve/5=tube citraté bleu/6=tube noir/7=tube fluoré gris/8=seringue ou capillaire hépariné

Réception Laboratoire Nom : _____ Date : _____ Heure : _____

TOXICOLOGIE & MEDICAMENTS - 1753

TOXICOLOGIE

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 BAS | Barbituriques | <input type="checkbox"/> 4 HBCO | Carboxyhémoglobine |
| <input type="checkbox"/> 1 BZS | Benzodiazépines | <input type="checkbox"/> 4 METH | Méthémoglobine |
| <input type="checkbox"/> 1 TRIC | Tricycliques | | |
| <input type="checkbox"/> 1 PAR | Paracétamol | | |
| <input type="checkbox"/> 1 SAL | Salicylés | | |
| <input type="checkbox"/> 1 ALC | Alcool | | |

Dépistage de Drogues et toxiques dans les Urines

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------|-------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> DCAN | Cannabis | <input type="checkbox"/> DCOC | Cocaine |
| <input type="checkbox"/> DOPI | Opiacés | | |
| <input type="checkbox"/> DAMP | Amphétamines | | |
| <input type="checkbox"/> DMAM | Métamphétamines | | |
| <input type="checkbox"/> DBZU | Benzodiazépines | | |
| <input type="checkbox"/> DBARU | Barbituriques | | |
| <input type="checkbox"/> DTRI | Tricycliques | <input type="checkbox"/> DPAR | Paracétamol |
| <input type="checkbox"/> DMTD | Méthadone | <input type="checkbox"/> DPCP | Phencyclidines |

DOSAGE DE MEDICAMENTS

Traitement : Heure dernière injection ou prise :

- | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|--------------------------------|-------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 VAL | Acide Valproïque | <input type="checkbox"/> 1 Li | Lithium | <input type="checkbox"/> Pic | <input type="checkbox"/> Vallée |
| <input type="checkbox"/> 1 CAR | Carbamazépine | <input type="checkbox"/> 1 AMK | Amikacine | | |
| <input type="checkbox"/> 1 THE | Théophylline | <input type="checkbox"/> 1 VAN | Vancomycine | <input type="checkbox"/> Pic | <input type="checkbox"/> Vallée |
| <input type="checkbox"/> 1 DIG | Digoxine | <input type="checkbox"/> 1 GEN | Gentamycine | <input type="checkbox"/> Pic | <input type="checkbox"/> Vallée |
| <input type="checkbox"/> 1 PHE | Phénobarbital | | | | |

BIOCHIMIE EXPLORATIONS - 1753



BILAN MARTIAL

- | | |
|---------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 FER | Fer sérique |
| <input type="checkbox"/> 1 FERC | Fer Saturation |
| <input type="checkbox"/> 1 FERI | Ferritine |
| <input type="checkbox"/> 1 VB12 | Vitamine B 12 |
| <input type="checkbox"/> 1 FOLA | Folate Sérique |
| <input type="checkbox"/> 4 FOLG | Folate érythrocytaire |

MARQUEURS TUMORAUX

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ACE | ACE |
| <input type="checkbox"/> 1 AFP | AlphaFoetoprotéine |
| <input type="checkbox"/> 1 C125 | CA 125 |
| <input type="checkbox"/> 1 C153 | CA 153 |
| <input type="checkbox"/> 1 C199 | CA 199 |
| <input type="checkbox"/> 1 PSA | PSA |

ELECTROPHORESE : SANG-URINE-LCR

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ELPR | Protéines Sériques |
| <input type="checkbox"/> 1 IFE | Immunofixation |
| <input type="checkbox"/> EPU | Protéines Urinaires |
| <input type="checkbox"/> EBJ | Protéines de Bences Jones Urinaire |
| <input type="checkbox"/> 4 EHB | Electrophorèse de l'Hémoglobine |

HORMONOLOGIE

DDR: Jour du cycle :

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 HCGB | B-HCG totale + chaîne β |
| Cycle de stimulation: | |
| <input type="checkbox"/> 1 E2S | E2 Stimulation |
| <input type="checkbox"/> 1 LHS | LH Stimulation |
| <input type="checkbox"/> 1 PRGS | PRG Stimulation |
| <input type="checkbox"/> 1 FSH | FSH |
| <input type="checkbox"/> 1 LH | LH |
| <input type="checkbox"/> 1 E2 | Oestradiol |
| <input type="checkbox"/> 1 PRL | Prolactine |
| <input type="checkbox"/> 1 PRG | Progestérone |
| <input type="checkbox"/> 1 TESTO | Testostérone H <input type="checkbox"/> TESFE Testostérone enfant+F |
| <input type="checkbox"/> 1 COR | Cortisol Sérique |
| <input type="checkbox"/> CYCLE | <input type="checkbox"/> 8H(CO8) <input type="checkbox"/> 12h(CO12) |
| | <input type="checkbox"/> 16H(CO16) <input type="checkbox"/> 20H(CO20) |
| <input type="checkbox"/> CORUR | Cortisol Urinaire |
| <input type="checkbox"/> FLU | Cortisol Libre Urinaire |
| <input type="checkbox"/> CORS | Cortisol Salivaire |
| <input type="checkbox"/> CYCLE | <input type="checkbox"/> 8H(CO81) <input type="checkbox"/> 12h(CO82) |
| | <input type="checkbox"/> 16H(CO83) <input type="checkbox"/> 20H(CO84) |

EXPLORATION DES GLUCIDES

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 7 GJ | Glycémie à Jeun |
| <input type="checkbox"/> 7 GP | Glycémie Post Prandiale |
| <input type="checkbox"/> 7 CG1 | Cycle Glycémique |
| | à <input type="checkbox"/> 8H <input type="checkbox"/> 10H <input type="checkbox"/> 12H |
| | CG9 <input type="checkbox"/> 14H <input type="checkbox"/> 16H <input type="checkbox"/> 18H <input type="checkbox"/> 20H |
| <input type="checkbox"/> 7 OSUM | O'Sullivan 2 temps (T: 0 et T: 60) |
| <input type="checkbox"/> 7 HG1 | HGPO OMS sur 180 mn par 30 mn |
| <input type="checkbox"/> 7 HGPO | HGPO dépistage diabète gestationnel |
| <input type="checkbox"/> 4 HBA1 | Hémoglobine Glyquée |
| <input type="checkbox"/> 1 FC | Fructosamines |

METABOLISME PHOSPHOCALCIQUE

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 PTHI | Parathormone |
| <input type="checkbox"/> 1 VD3 | Vitamine D3 totale |

BILANS THYROIDIENS

- | | |
|--------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 1 TSH | TSH |
| <input type="checkbox"/> 1 T4L | T4L |
| <input type="checkbox"/> 1 T3L | T3L |

TESTS - AUTRES EXPLORATIONS

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> HCLT | Hémocult (recherche de sang dans les selles) |
| <input type="checkbox"/> 1 CAAT | Clairance Alpha 1 Antitrypsine (Sang + Selles) |
| <input type="checkbox"/> 1 XYLOA/E | Test au D-Xylose (Adulte/Enfant) |
| <input type="checkbox"/> NIL | Test au Bleu de Nil |
| <input type="checkbox"/> SUER | Test à la sueur |

1=tube sec jaune/2=tube sec rouge/3=tube hépariné vert/4=tube EDTA mauve/5=tube citrate bleu/6=tube noir/7=tube fluoré gris/8=seringue ou capillaire hépariné

ANNEXE V

Table de préconisations.

SERVICE LABORATOIRE – C.H. JACQUES MONOD – 61100 FLERS



| SEC + GEL  | SEC (enfants)  | FLUORE  | CITRATE VS  | EDTA  | HEPARINE LITHIUM  |
|--|---|---|---|---|--|
| 1 tube 5 ml par groupe d'analyses HOMOGENEISER | Pour les enfants 1 tube minidosé 2 ml par groupe d'analyses | 1 tube 5 ml par série Pour les enfants ou prélèvement difficile 1 tube minidosé 2ml HOMOGENEISER | 1 tube de 2.4 ml Pour les enfants ou prélèvement difficile 1 tube minidosé 1,6ml HOMOGENEISER | 1 tube 3 ml par série Pour les enfants ou prélèvement difficile 1 tube minidosé 2ml HOMOGENEISER | 1 tube 5 ml par série Prélèvement difficile prendre 1 tube 2 ml HOMOGENEISER |
| I . Alcool . Ionogramme . Bilan lipidique . Bilan hépatique . Bilan pancréatique . Bilan cardiaque : (Sauf Troponine) . Profil protéique . Cholestérol . Triglycérides . Fraction HDL . Fraction LDL . Calcium . Phosphore . Magnésium . Acide urique . Albumine . IFE . CRP . Oroso . Apo B . Préalbumine II . Médicaments . Toxiques sg | III . Marqueurs . Hormones IV . Toxoplasmose . Rubéole V . Bilan Thyroïdien . Bilan Martial : (sauf Folate Erythrocytaires) . Procalcitonine . HCG . Troponine THS . Myoglobine . PBNP VI . Hépatite B . Hépatite C . VH VII . CMV VIII . MNI . SEBV (Epstein Barr) . ASO (ASLO) | I . Acide lactique II . Glycémies CITRATE  1 tube 4.5ml par série Pour les enfants 1 tube minidosé 1,8 Et plus de 15 ans 1 tube minidosé 2,7ml HOMOGENEISER I . Hémostase en général (maxi 4 analyses pour les enfants) | . Vitesse de sédimentation PRELEVEMENT URINAIRE  1 tube 10ml par série I . Toxiques urinaires II . Urines / 24h . Urines / Miction III . Légionellose urinaire . Pneumocoque urinaire | I . NFS . Réticulocytes . Coombs direct . Kleihauer II . Electro HB III . Groupe . P hénotype IV . Ammoniémie V . Folate s Erythrocytaires VI(2tubes) . Agglutinines irrégulières Bouchon Kaki  . E CBU | . K . Calcium Ionisé PRELEVEMENT PAR MICRO METHODE   . Ionogramme . CA . P . Bilirubine Totale . Bilirubine Conjugée . Albumine . Asat . Alat . CRP . Oroso  . Hémostase (maxi 4 analyses)  . Acide lactique |

Table de préconisation EN-GE-017 V3 Page 1 / 1

GESTION DES NON-CONFORMITES PRE-ANALYTIQUES AU CENTRE HOPITALIER DE FLERS – BASSE NORMANDIE

RESUME

Suite à l'ordonnance du 13 janvier 2010 qui a rendu l'accréditation des LBM obligatoire, le responsable du laboratoire du CH de Flers a pris conscience de la nécessité d'entreprendre la démarche qualité.

La direction s'est rendue compte du travail à fournir et de la nécessité qu'une personne du laboratoire suive une formation adaptée ce qui m'a permis de m'investir dans cette démarche.

La gestion des non-conformités pré-analytiques est un point important détaillé dans le chapitre 4.9 de la norme NF EN ISO 15189. Ce sujet nous semblait prioritaire et a motivé le choix de mon mémoire.

Après réflexion avec l'ensemble du personnel, nous avons réalisé le paramétrage des non conformités dans notre SIL, rédigé nos modes opératoires et documents afin de se mettre d'accord sur la façon de procéder à l'enregistrement des non-conformités et déterminer les actions à mener.

Notre étude a été réalisée sur un mois et l'ensemble des résultats diffusés aux services concernés afin de faire prendre conscience au personnel préleveur que la phase pré-analytique est une étape importante sur laquelle ils sont les seuls à avoir un impact pour apporter des informations essentielles à la bonne interprétation des résultats.

Le mémoire a demandé beaucoup de réflexion et d'investissement de la part du personnel ce qui n'était pas évident car il n'avait pas conscience du travail demandé. Il a permis de mettre en place des actions correctives et préventives, ainsi que de réfléchir sur des axes d'améliorations à travailler dans les mois à venir.

Ce projet a amélioré la communication avec les services de soins, la direction et le service qualité du CH. Il a relancé la cellule qualité du laboratoire et a remotivé notre démarche qualité.

La mise en place d'indicateurs sur les non conformités pré-analytiques assure la pérennité du projet.